

医療費支給申請書の記載例

太わくの中を記入して下さい。

第三者行為 有・無

| | | | | | | |
|--|---|---|--|---|-------|---|
| 該当する医療費助成制度にチェック☑して下さい。 | <input type="checkbox"/> 子ども <input checked="" type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> ひとり親家庭等 | | 医療費支給申請書 | | 受付番号 | |
| | (あて先) 名古屋市長 | | | | 受付年月日 | |
| 医療費助成対象者の住所、氏名等をご記入(※)ください。マンション等の場合は、棟や号まで正確にご記入ください。 対象者が未成年の場合は、区役所・支所にお問い合わせください。 ※氏名欄は、対象者が自筆で記入(署名)してください。署名が困難な場合は、対象者の身分証の写しを添付してください。 | | 住所 名古屋市千種区〇〇町2丁目974番地 〇〇マンション 1棟123号 | | 令和2年 4月 1日 | | 写真が貼付された官公署の発行する証明書1点、又は、健康保険被保険者証及びキャッシュカード等の証明書2点。 |
| 氏名 名古屋 市太郎 (☎〇〇〇-〇〇〇〇) | | | | | | |
| 次のとおり申請します。 | | 医療証番号 〇〇〇〇〇〇〇〇 | | | | 記入方法等が不明な場合は、空欄にしてください。領収書確認、聞き取り確認等のうえ、窓口で補記させていただきます。 また、領収書等を確認させていただき、記入に誤りがある場合は窓口で補正します。 |
| ※健康保険証をみて記入してください。 | | 傷病名 <input type="checkbox"/> 別添のとおり <input type="checkbox"/> 不詳 <input checked="" type="checkbox"/> 他() | | | | |
| 加入している健康保険証をご確認のうえ、ご記入ください。 | 加入 記号・番号 1 2 3 1 2 3 4 5 | | 療養期間 令和 2年 1月 10日 から 日 まで (日間) | | | |
| | 医療保険 発行機関 〇〇健康保険組合 | | 医療機関 所在地 <input type="checkbox"/> 別添のとおり <input checked="" type="checkbox"/> 別添のとおり | | | |
| 支給決定額は次の口座へ振り替えてください。 | | 金融機関名 市役所 銀行 三の丸 本店 支店 | | 入院・入院外の別 <input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 入院外 | | 申請理由 |
| 預金通帳等をご確認のうえ、対象者本人の振込先をご記入ください。 | | 口座番号 1 2 3 4 5 6 7 | | 家族療養附加金等の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 | | |
| 口座名義人 ナゴヤ イチタロウ | | 申請額 2,000円 | | 申請理由 <input type="checkbox"/> 国民健康保険法による療養費が支給された <input checked="" type="checkbox"/> 社会保険各法による療養費又は療養費に相当する家族療養費が支給された <input type="checkbox"/> 県外受診 <input type="checkbox"/> 証未提示 <input type="checkbox"/> その他() | | 医療費支給申請を行う理由のうち、該当するものにチェック☑して下さい。 |

～窓口で代理の方がお越しになる場合～

あらかじめ対象者の方にご記入いただいた委任状をお持ちいただくと、申請を円滑に行うことができます。委任状様式は公式ウェブサイトに掲載していますのでご使用ください。