

○金額欄は記入しないでください。
○助成金は登録口座に振込いたします。

記載例

子ども
心身障害者
ひとり親家庭等

医療費助成金支給申請書

(宛先) 榎原市長

年 月 日

受給者本人
(受給者が未成年の場合は扶養義務者)

受給者本人
※受給資格証と健康
保険証を見ながら
記入ください

住所 榎原市 町

申請者 氏名

電話番号

ただし、医療費助成金を上記のとおり交付されるよう請求します。

受給者番号		受給者氏名		
加入医療保険の 保険者番号		生年月日	昭・平・令 年 月 日	
加入医療保険の 名称		加入医療保険 の記号番号	記号	番号

医療機関等記入欄	表区分	1. 医 3. 歯 4. 調 5. 柔 等	入外区分	1. 入院 2. 入院外
	受診者名		年 月 診療分	総点数 点
	<p>診療月及び医療機関ごと(入院外来別・医科歯科別)に1枚ずつ必要です</p> <p>例) A病院 8月外来(内科) A病院 9月外来(内科)</p> <p> A病院 8月入院(内科) A病院 9月外来(口腔外科)</p> <p> B薬局(A病院8月処方箋分) C病院(A病院8月処方箋分)</p> <p>※医療費助成金交付請求書は6枚必要です※</p>			
確認欄				
決定欄	<p>提出書類 医療費助成金交付請求書・領収証の写し</p> <p>領収証は受診者名・診療年月日・保険点数・保険適用の自己負担金額、医療機関の所在地・名称が記載されており、領収印押印済のものがが必要です。</p>			
	一部負担金 (円)			
	助成区分 1. 県 2. 市	支給区分	1. 対医療機関払 3. 高額療養費ペア分	2. 療養費ペア分 4. 償還払