

心身障害者
 子ども
 ひとり親家庭等

医療費給付申請書

※該当するものの枠内に○印を付けてください。

津山市長 様

下記のとおり、医療費の給付を申請します。

なお、受給資格の確認に必要な場合、公簿により私の世帯の所得及び国民健康保険の加入状況等を確認されることを承諾します。

		申請日	年 月 日		
申請者	申請者氏名 (保護者名)	Ⓣ	電話番号	()	
	申請者住所	〒 津山市			
	受給資格者	受給資格者番号			
		氏名	生年月日	. . .	
		加入医療保険 記号・番号	加入医療保険 保険者名称		
	振込先口座	金融機関名	() 銀行 信用金庫 農協	本店・()	支店 出張所
		預金種別 店番号・口座番号	預金種別 普通預金 当座	店番号	口座番号
フリガナ					
名義人					

※申請者と口座名義人は同じ方に限ります。

※時効は診療時から5年です。

※保険等に変更があれば変更の届を提出してください。

医療機関	診療(調剤)報酬・訪問看護療養費領収証明書				医 歯 薬 訪
	診療年月	年 月 分	フリガナ	男 女	
	入院年月日	年 月 日	患者氏名		
	負担割合	9 8 7	医療機関 (薬局・訪問看護ステーション) の所在地 名称・氏名	以上証明内容について、事実と相異なることを証明します。	
	区分	保険診療点数 患者窓口負担額 (保険分)			
	入院	点 円 (日分)			
	外来	点 円 (受診回分)			
	他法公費負担	公費名称	公費番号	医療機関コード ()	
他法負担診療点数		点			
一部負担金額		円			
※市町村記入欄 裏面添付 有 ・ 無					

市町村	給 付 決 定					
	自己負担分 ^④	高額療養費 ^⑤	付加給付 ^③	他法公費給付額 ^⑥	一部負担金額 ^⑤	公費給付額 ④ - ⑤ - ③ - ⑥ - ⑤
	円	円	円	円	円	円