

年 月 日

多久市長 様

申請者 住 所 多久市 多久町 _____

(受給者) 氏 名 _____

次のとおり医療費の給付を受けたく申請します。なお、助成額の決定に際して、被保険者及び家族の住民税課税台帳閲覧と、保険者に高額療養費等の支給状況等を確認されることに同意します。

(電話 _____)

〔申請者記入欄〕

(ふりがな) 子どもの氏名		加 入 保 険	被保険者氏名	
子 ども の 生 年 月 日			被 保 険 者 証 記 号 番 号	
続 柄			保 険 者 番 号	
振 込 先 金 融 機 関	銀行 支店 農協 支所		口 座 番 号	口 座 名 義 人
	ゆうちょ銀行	記 号	番 号	口 座 名 義 人

* 初回申請時以外は、振込先金融機関の記入は不要です。

〔医療機関等記入欄〕

領 収 書 貼 付 箇 所				
保 険 診 療 額 (領 収) 証 明				
患 者 氏 名			医 療 機 関 コ ー ド	
診 療 月	年 月 分 (入院がある場合は、入院日数 日)			
	入 院	入 院 外	歯 科	調 剤
保 険 診 療 総 点 数	点	点	点	点
公 費 負 担 点 数	点	点	点	点
保 険 診 療 一 部 負 担 額	円	円	円	円
自 己 負 担 額	円	円	円	
訪 問 看 護 利 用 料		円		
上記の金額を受領しました。				
年 月 日				
医療機関等所在地 名称 氏名 ㊟				

〔市記入欄〕

給 付 決 定 額				
	一 部 負 担 金 額	高 額 療 養 費	附 加 給 付 額	給 付 額
保 険 診 療	円	円	円	円
訪 問 看 護 利 用 料	円	円	円	

- 注 意
- 1 保険診療以外の医療費については申請できません。
 - 2 申請書は、診療の翌月以降に1ヶ月分まとめて提出してください。
 - 3 申請の有効期限は支払日から1年以内です