

年 月 日

多久市長 様

申請者 住 所 _____

(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		年 月 日			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 印									

〔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	
訪 問 看 護 利 用 料	円	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