

医療費助成申請書

令和 年 月 日

泉南市長あて

申請者 住所 泉南市  
 氏名  
 受給者との続柄 電話  
 受給者番号

下記のとおり医療費の助成を申請します。

受給医療	1. 子ども医療 2. ひとり親家庭医療		
受給者	ふりがな 氏名	男 ・ 女	
	住所 泉南市	生年月日	年 月 日
加入医療保険	被保険者氏名	保険種別 1. 全国健康保険協会 2. 国民健康保険 3. 組合保険 4. 共済組合 5. 国民健康保険組合 6. 船員保険 7. 後期高齢 8. その他( )	
	記号番号	保 険 者 番 号	
	自己負担割合	付 加 給 付	有 ・ 無
振込先	金融機関名	預 金 種 目	普通 ・ 当座
		口 座 番 号	
	銀行 支店	ふ り が な 口 座 名 義 人 氏 名	

(医療機関記入欄)

傷病名 (記入しがたい場合は不要)	診療区分 医科・歯科・調剤・その他( ) 入院・入院外	診療期間 年 月 日から 年 月 日まで	実診療日数 日
領収金額 ¥	保険診療総点数 点	医療費総額 円	
ただし、( )にかかる 年 月分保険診療一部負担金	公費負担区分 (結核・精神等) 点		
医療機関等	住所 名称 氏名		

処理欄

医療費総額	負担割合	領収金額	高額・付加等	一部負担金	食事療養費	支給決定額
円	割	円	円	円	円	円