医　療　費　助　成　申　請　書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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 | 重度障害者医療　　 |
| 受給者 | ふりがな氏名 | 生年月日　　　　　 　　年　 　月　　日 |
| 住所　泉南市 |
| 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 | 金融機関名銀行　　　　　　　　支店 | 預金種目 | 普通　・　当座 |
| 口座番号 |  |
| 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 |
| 　　　　　　　　　　　　　　　住所　　　　医療機関等　　　　　　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 |