

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	預 金 種 目	普通 ・ 当座
	銀行 支店	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		
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