

医療費一部自己負担額助成申請書

受給医療	※該当する医療を○で囲んでください。 1. 子ども医療 2. ひとり親家庭医療																										
	公費負担者番号															受給者番号											
受給者	住所 泉南市																										
	氏名												生年月日 S・H・R 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. 組合保険 3. 国民健康保険 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																				
	保険者名												保険者番号														
振込先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()												本店			支店			預金種目			普通 当座					
	金融機関コード				店舗コード				口座番号																		
									フリガナ																		
									口座名義人氏名																		

府外診療等の助成申請で、すでに口座登録をいただいている方で、この申請において別口座をご記入いただいた場合は、上記に記載された口座を優先して振込させていただきます。

泉南市長 あて

令和 年 月 日

上記のとおり、医療費の助成を申請します。
支給決定金額を上記口座に振り込んでください。
なお、過払い等が発生した場合は、次回の償還額から相当額を差し引くことに同意します。

申請者
住所 _____
氏名 _____ 電話番号 _____

委任状欄	令和 年 月 日 (口座名義人)	
	上記、医療費の助成費用の受領に関する一切の権限を _____ に委任します。	
	委任者 住所 _____	
	(受給者) 氏名 _____	電話番号 _____