

- こ ど も
- ひとり親家庭
- 重度心身障がい者
- 心身障がい者

医療費助成金請求書

受給者
番号

四国中央市長 様

医療費の助成を受けたく、次のとおり請求します。

年 月診療分	¥
--------	---

年 月 日

住 所 四国中央市

請求者

氏名.....

(電話番号 自宅・勤務先・携帯:))

※ 今回の請求以外に保険世帯内で同じ月内に21,000円以上の自己負担 (有 ・ 無)

振込希望 金融機関	<input type="checkbox"/> 銀行	<input type="checkbox"/> 支店	1 普通	口座番号
	<input type="checkbox"/> 信用金庫	<input type="checkbox"/> 出張所	2 当座	
	<input type="checkbox"/> 農協	<input type="checkbox"/> 支所	フリガナ	口座名義人

国民健康保険
社会保険 による診療報酬証明書

保険種別	国協船組共他 保会員合済国	負担割合	10
------	------------------	------	----

保
険
医
療
機
関
等
証
明
欄

1 患者氏名
[生年月日: 年 月 日]

入院 外来別	入院()日: 外来()日
-----------	----------------

2 診療月 年 月分

3 診療報酬内訳	診療報酬総点数	点
	他法公費負担点数(種別:)	点
	一部負担額	円

上記のとおり証明します。

年 月 日

県番号	医療機関コード
※

※医療機関コードは必ず記入してください

総合病院の場合は診療科名(科)

保険医療機関等の
名称・所在地・開設者氏名.....

受付	自己負担額	高額療養費等	その他	支給額	システム入力
	円	円	円	円	

備考 診療明細等が記載された領収書(原本)を添付してください。紛失等により添付が出来ない場合のみ、上の欄に医療機関の証明が必要です。