

- 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

保 険 医 療 機 関 等 証 明 欄	国民健康保険 による診療報酬証明書 社 会 保 険		保険種別	国協船組共他 保会員合济国	負担割合	— 10
	1 患者氏名		入院 外来別	入院( )日: 外来( )日		
	[生年月日: 年 月 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..... <sup>㊞</sup>						

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。