

母子家庭等医療

福祉医療費支給申請書

負担者番号			2	8	0	0	4		加入 医療 保険	記号
受給者番号										番号
氏名 (受診した人)										保険者名称(保険証発行機関)
生年月日	昭和 平成 令和 西暦		年		月		日			健保組合・共済組合 明石市国保・( )国保 全国健康保険協会( )支部 兵庫県後期高齢者医療広域連合
療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて請求します。										
<p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">請求者 住所 明石市 (受給者)</p> <p style="text-align: center;">連絡先 自宅 ー ー 携帯 ー ー</p> <p style="text-align: center;">氏名</p> <p style="text-align: center;">明石市長様</p>										
下記の口座への振込を依頼します。 なお、請求者と口座名義人が異なる場合は、口座名義人に受領委任します。										
金融機関名	銀行 信用金庫 農協						本店 支店 出張所	預金種目	・普通 ・当座 ・( )	
店番	口座番号						口座名義人	フリガナ		

注意  
4.3.2.1. この請求書には必ず診療点数が記載された領収書の原本を添付して下さい。  
補装具装着の場合は給付決定通知書(原本)及び医師の意見書等(コピー可)を添付して下さい。  
高額療養費・附加給付が支給される場合は、療養費支給証明書を添付して下さい。  
太ワク内のみご記入下さい。

事務処理欄

診療月	年	月分	審査決定額						円
申請理由	1. 県外受診 2. 補装具装着 3. 交付前・証未提示受診 4. その他 ( )		一部負担金						円
			支給決定額						円