申請場所 :保険年金課 医療給付担当(21番窓口)
持参するもの:受給者証、領収書、被保険者の資格がわかるもの(資格確認書等)、通帳原本
※一医療機関について一ヶ月1枚必要です。

申請書の記入例

□重度心身障害者
□ひとり親家庭　　**医療費助成金申請書**
□子ども

申請額　**記入不要です**　円　(ただし、令和 **記入不要です** 月分)

標記医療費の助成を受けたく、助成金の額を証する書面を添えて上記のとおり申請します。

令和　年　月　日

(宛先)今治市長

申請者(受給資格者)
住所　**今治市別宮町1－4－1**
氏名　**今治 太郎**

受給資格者証	重・ひ・子				
記号番号	今治		記入不要です		

電話　(XXXX)YYYY － ZZZZ
□受け取りを下記口座名義人に委任します。

振込金融機関	銀行 ○○ 農協 □□ 信用金庫 支店	(普通)・当座 口座番号 **9876543**	口座名義人(カタカナ) **イマバリ タロウ**

振込を希望する口座情報を記入してください。口座名義人が申請者と異なる場合は、上記の受取委任にチェックをしてください。

医療機関等記入欄

医療保険各法による診療報酬請求額証明書

年　月診療分

患者氏名	今治 花子			一部負担金の割合	1割・2割・3割
保険種別	被用者保険	今治	国保組合	保険者番号	
	協・組・船・共	国保・後期	医歯国保・他国保	被保険者記号番号	
				入院・外来実日数	入院・外来 (日間)
診療報酬内訳	総診療報酬点数				点
	他法公費種別( )		他法公費負担点数		点
			費用徴収額		円
領収金額(患者自己負担額)			一部負担		円
			計		円

上記のとおり証明します。

年　月　日

医療機関等の名称及び所在地・開設者氏名　㊞

領収書(保険点数がわかるもの)を添付の場合は、患者氏名のみ記入してください。

医療機関等の名称のみの刻印は不可

助成内容	本人負担額	高額療養費	付加給付額	**助成金決定額**
	(円)－(	円)－(	円)＝	円

記入しないでください

検収	係	受付	受付年月日	令和 年 月 日
			決定年月日	令和 年 月 日