

申請場所：保険年金課 医療給付担当(21番窓口)、支所
 持参するもの：印鑑、受給者証、領収書、保険証、通帳原本
 ※一医療機関について一ヶ月1枚必要です。

- 重度心身障害者
- ひとり親家庭医療費助成金申請
- 子ども(乳幼児及び児童歯科)

※請求額 _____ 円 (ただし、令和 ____ 年 ____ 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・請求します。

令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

(宛先)今治市長

住所 今治市

請求者

(受給資格者)

氏名 _____

受給(資格)者証	重 ・ ひ ・ 子					
記号番号	今治					

電話 (_____) - _____

振込 金融機関	銀行 農協 信用金庫	支店	普通・当座 口座番号	口座名義人(カタカナ)
------------	------------------	----	---------------	-------------

国民健康保険
 後期高齢者医療保険
 社会保険

による診療報酬請求額証明書

令和 ____ 年 ____ 月診療分

医療機関等記入欄	患者氏名				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・退・後期	医歯国・他国	被保険者証記号番号			
		入院・外来実日数	入院・外来(____ 日間)					
診療報酬	総診療報酬点数						点	
内訳	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。

令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

医療機関等の名称及び
 所在地・開設者氏名

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	
㊦ りん議	課長	課長補佐	係長	係	受付	受付年月日	令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日	
						決定年月日	令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日	

金額は記入しないでください

記入しないでください