

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：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書
- 子ども(乳幼児及び児童)

※申請額 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します。

令和 年 月 日

(宛先)今治市長

住所

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 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
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

助成内容	本人負担額 ( 円)	高額療養費 ( 円)	付加給付額 ( 円)	助成金決定額 ( 円) =	円
① 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