

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。

<申請書の記入例>

※受給資格者名義以外の口座に振り込む場合

- 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 **記入不要です** 円 (ただし、令和 **記入不要です** 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

請求者
(受給資格者)

住所 ○○市□□町～

氏名 **今治 太郎**

電話 (XXXX)XXXX -XXXX

↑日中連絡がとれる連絡先を記入してください。

受給(資格)者証	重	・	ひ	・	子
記号番号	今治				記入不要です

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 キョウコ

振り込みたい口座情報を記入してください。
※普通か当座に○をお願いします。

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

患者氏名	今治 花子			一部負担金の割合	1割・2割・3割
医療機関	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
領収金額(患者自己負担額)				一部負担	円
				計	円

医療機関等記入欄は、患者氏名のみ記入願います。
※診療報酬等はこちらで記入します。

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		高額療養費		付加給付額		助成金決定額	
	(円)		-(円)		-(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	

金額は記入しなくても大丈夫

記入しなくても大丈夫