

医 療 費 支 給 申 請 書

年 月 日

(宛先) 美唄市長

住 所

申請者 氏 名

電話番号

受給者との続柄 ()

医療費の支給を受けたいので、医療機関等の領収書を添えて申請します。
なお、支給決定金額を下記口座に振り込んでください。

記

申請内容		年 月受診分医療費		※領収書枚数		枚		確認者印		印	
受給者	対 象 種 別	1 重度心身障がい者 2 ひとり親家庭等 3 子ども									
	受給者番号					医 療 保 険 記 号 ・ 番 号					
	氏 名					生 年 月 日					
受取 口座	支 店 名 銀行・信金 農協・信組			口座種別		口座番号		口座 名義		(加)	
				普通・当座							

※決定欄

医 機 関 等	名 称					自 月 日	合計件数	件		支給額 ①+②	円
	所 在 地					至 月 日	合計点数	点			
入 外 区 分		入院 ・ 外来 ・ 歯科 ・ 調剤				日 間	一部負担金 (合計 円)		自己負担 ③	円	
総医療費		円	保険給付	円	高額・ 付加等		円	市単独 ①	円	道補助 ②・現物	円
医 機 関 等	名 称					自 月 日	合計件数	件		支給額 ①+②	円
	所 在 地					至 月 日	合計点数	点			
入 外 区 分		入院 ・ 外来 ・ 歯科 ・ 調剤				日 間	一部負担金 (合計 円)		自己負担 ③	円	
総医療費		円	保険給付	円	高額・ 付加等		円	市単独 ①	円	道補助 ②・現物	円
医 機 関 等	名 称					自 月 日	合計件数	件		支給額 ①+②	円
	所 在 地					至 月 日	合計点数	点			
入 外 区 分		入院 ・ 外来 ・ 歯科 ・ 調剤				日 間	一部負担金 (合計 円)		自己負担 ③	円	
総医療費		円	保険給付	円	高額・ 付加等		円	市単独 ①	円	道補助 ②・現物	円
医 機 関 等	名 称					自 月 日	合計件数	件		支給額 ①+②	円
	所 在 地					至 月 日	合計点数	点			
入 外 区 分		入院 ・ 外来 ・ 歯科 ・ 調剤				日 間	一部負担金 (合計 円)		自己負担 ③	円	
総医療費		円	保険給付	円	高額・ 付加等		円	市単独 ①	円	道補助 ②・現物	円
総合計		件	市単独 ① 計	円	道補助 ② 計	円	支給決定金額 ①+②		円	支 給 決 定 年 月 日	年 月 日

(注) 申請者は※欄は記入しないでください。

計算		確認		入力		確認	
----	--	----	--	----	--	----	--