

記入例

① 「対象者」

福祉医療制度（高齢期・障害・母子家庭等・乳幼児等・こども）
受給者の氏名・生年月日・住所

様式第5号(第8条関係)

医療費助成請求書

対 象 者	フリガナ	カガリ ハコ	高齢期・乳幼児・こども・母(父)子・障害・高齢障			
	氏 名	加古川 花子	障	県心身・市心身・県精神・市精神	前期	3・普・Ⅱ・Ⅰ
	生年月日	S 2 0 年 1 0 月 3 0 日	高齢期 (老人)	区分・低・経過	乳	乳・就
	個人番号	XXXX XXXX XXXX		I・II	負担 区分	一般・低
	住 所	加古川市加古川町北在家 2000 番地				
加 入 保 険	被保険者 氏 名	加古川 太郎	保険者名 (被保険者証発行機関名)	加古川市		
	記号		番号	1234567	保険者番号 (右詰め)	2 8 0 1 1 5

② 「加入保険」

対象者の健康保険資格確認書またはマイナアプリ(マイナポータル)の健康保険情報確認画面を確認のうえ、
記入してください。

③ 「振込先」

振込口座は、原則、対象者本人(未成年者の場合は保護者)の口座をご記入ください。

医療費の受取方法(どちらかに○を付けてください) →										1. 口座振替	2. 窓口払
金融機関コード	0	0	0	9	店番	4	3	1	口座名義人	フリガナ	
振込先 金融機関	三井住友				銀行・信用金庫 農協・信用組合	加古川			支店・支所 出張所	カガリ ハコ	
口座番号	0	1	2	3	4	5	6	1. 普通 2. 当座 4. 貯蓄		加古川 花子	
上記のとおり、医療費の助成を請求します。											
令和8年 9月 1日											
加古川市長 様											
請求者住所 加古川市加古川町北在家 2000 番地											
請求者氏名 加古川 花子 TEL (079) 427 - 9190											

請求者氏名は
必ず手書きです！

④ 「請求者」

対象者 (=①) 本人(未成年者の場合は口座名義人と同一の保護者)の住所・氏名

- この請求書に「領収書」を添付し、提出してください。
- 医療費が高額になったときや、やむを得ず資格確認書等を提示せずに受診されたときは、まずは加入している健康保険での手続きが必要となります。(健康保険から医療費の還付を受けたことを証明する「支給決定通知書」がお手元に届いてから、請求していただくことになります。)
- 本人(未成年者の場合は保護者)以外の口座に振込みを希望されるときや、受給者本人が死亡されたときは、別途書類が必要となりますのでご相談ください。
- 対象者氏名と口座名義人の漢字が異なる場合は別途書類が必要になります。