

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・子ども）
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	カカリ ハコ	高齢期・乳幼児・子ども・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			
加 入 保 険	住 所	加古川市加古川町北在家 2000 番地							
	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 (右読め)	2	8	0	1	1

国民健康保険
被保険者証
有効期限 令和2年11月30日
資格取得(該当)年月日 令和3年10月10日

記号 なし 番号 1 2 3 4 5 6 7
氏名 加古川 花子

生年月日 平成20年10月30日 性別 女
住所 兵庫県加古川市加古川町
北在家2000

世帯主 加古川 太郎

保険者番号 280115

保険者名 加古川市

交付年月日 令和2年12月1日

② 「加入保険」

対象者の健康保険証を確認のうえ、
ご記入ください。

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	カカリ ハコ
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			加古川 花子		
口座番号	0	1	2	3	4	5	6	1. 普通 2. 当座 4. 貯蓄			

上記のとおり、医療費の助成を請求します。

令和4年 12月20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、やむを得ず保険証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。