

# 医療費助成請求書

※太枠内をご記入ください

対象者	フリガナ	高齢期(老人)・乳幼児・子ども・母(父)子・障害・高齢障									
	氏名	区分	障	県心身・市心身・県精神・市精神	前期	3・普・Ⅱ・Ⅰ					
	生年月日	年	月	日	高齢期(老人)	区分・低・経過	乳	乳・就			
	個人番号	受給者番号			Ⅰ・Ⅱ		負担区分	一般・低			
住所	加古川市										
加入保険	被保険者氏名	保険者名 <small>(被保険者証発行機関名)</small>									
	記号	番号	保険者番号 <small>(右詰め)</small>								

療区分	1. 入院	6. 補装具	10. 高額	支給	保険点数	点
	2. 入院外	7. 柔整	11. ハリ・灸		総医療費	円
	3. 歯科	8. 歯科入院	12. アンマ・マッサージ		療養費支給決定額	円
	4. 調剤	9. その他			自己負担額	円
	5. 訪問看護	( )			一部負担金	円
医療機関名				決定欄	高額療養費 支給決定額	円
診療期間	年	月	日から		附加給付金	円
	年	月	日まで		その他	円
備考					支給決定額	円

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		店番		口座 名義人	フリガナ
振込先 金融機関	銀行・信用金庫 農協・信用組合	支店・支所 出張所			氏名
口座番号	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。

年 月 日

加古川市長 様

請求者住所

請求者氏名

TEL ( ) -

※ 口座の名義人が請求者と異なる場合は以下の委任状に記入してください。

## 委任状

代理人住所

氏名

対象者との続柄( )

年 月 日 このたび上記の者を代理人と定め医療費受領の権限を委任します。

委任者住所

署名又は  
記名押印



確認欄							市費・県費		受付印		
<input type="checkbox"/> 療養費(国保・後期・社保・なし)							市費	円			
<input type="checkbox"/> 高額(国保・後期・社保・なし)							県費	円			
<input type="checkbox"/> 附加給付(あり・なし)											
入院月	1	2	3	4	5	6	長期入院	コード			
	7	8	9	10	11	12	該当・非該当				
本人確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他( )						支給決定年月日				