

医療費助成申請書

年 月 日

(あて先)加賀市長

申請者住所 加賀市

氏名 ㊦

電話番号 () 番

医療費助成を受けたいので次のとおり申請します。

受給者番号	㊦	㊧	㊨
受給者氏名 (受診者氏名)	生年月日	年 月 日	加入保険 後・国・協・組・共
心身障害区分	身障 1・2・3級	療育A・B判定	手帳交付年月日 年 月 日

振込先の変更・新規の場合記入			
銀行名等	銀行・金庫・信組 農協・漁協		本店 支店
フリガナ		口座番号	普 当
通帳氏名			

領 収 書

被保険者証記号及び番号				患者 氏名	男 女	年 月 日 生
記号	番号	番号	番号			
診 療 期 間	月分	年 月 日 より			入院日数 日	
		年 月 日 まで			外来日数 日	
診 療 報 酬 点 数 (公費負担点数)	入院分	点	受 領 額	入院 円		
	外 来 分	点		外来 円		
	受診回数	回		計 円		

上記のとおり受領しました。 年 月 日

医療機関 所在地

名 称

氏 名 ㊦

※ この欄は記入しないでください。

	本人支払額	高額療養費	附加給付額	一部負担額	給付決定額

※ 申請で出された領収証はお返しできませんので、必要な方はあらかじめ写しをお取りください。