

医 療 費 助 成 申 請 書

令和 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	大・昭 平・令 年 月 日
心身障害区分	☐ 身体(1・2・3)級	☐ 療育(A・B)判定	☐ 精神1級(手帳有効期限 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			
通 帳 氏 名	口 座 番 号		普 当

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				
診 療 期 間	月分	年 月 日	より 年 月 日 まで	入院日数	日	
				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。