

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

印

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.協.組.日.船.共.国			
心身障害区分	<input type="checkbox"/> 身体(1・2・3)級	<input type="checkbox"/> 療育(A・B)判定	<input type="checkbox"/> 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 年 月 日	より	入院日数	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

印

※ 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。