

1. ひとり親家庭  
 2. 重度心身障害者  
 3. 子ども

松山市 医療費支給申請書

(宛先) 松山市長

申請者 (1. ひとり親 …家庭主  
 2. 重 心 …受給者(受給者が20歳未満の場合は保護者)  
 3. 子ども …受給資格者  
 ※それぞれ受給者証を確認してください。)

受付印

住所

氏名

(電話 自宅・勤務先・携帯電話)

来庁者:

本人確認欄 [ ]

○学校等でのけがですか はい・いいえ

※学校等でのけがをし、日本スポーツ振興センターの給付対象となる場合は申請できません。

○交通事故によるものですか はい・いいえ ○限度額適用認定証を使用しましたか はい・いいえ

医療費について次のとおり申請します。

療 養 費 種 別		受 給 者 番 号
診療年月	令和 年 月	診療・看護・装具・柔整・マッサージ
受 取 金融機関	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 本店(所)	口座種別 1. 普通 2. 当座
	<input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 支 店	
	<input type="checkbox"/> 農 協 <input type="checkbox"/> 出張所	フリガナ
	<input type="checkbox"/> 支 所	口座番号
※	※ 金融機関コード	※ 支払区分 ①. 口座払

○上記の太枠内に記入してください。(※欄は記入しないでください。)

○下記の太枠内は医療機関で証明をもらう際に御使用ください。なお、点数等記載のある領収書があれば、下記太枠内への証明は不要です。

○申請者と口座名義人が異なる場合は委任状、申請者が死亡の場合は念書が必要です。(裏面)

○月別、医療機関別、入院・外来別、受給者別に申請してください。

保 險 機 関 等 証 明 欄	受給者氏名		加入医療保険 保 險 者 番 号	
	大・昭・平・令 年 月 日 (男・女)		加入医療保険 被 保 険 者 証	
	記 号	番 号	一部負担金の 割 合	
	1. 入院	令和 年 月 日～	実日数	精神・結核・更生・育成・特疾・その他 1・2・3・4・5・6
2. 外来	令和 年 月 日まで	( ) 日		
他法公費種別		円		受領金額
保険診療総医療費 (総診療報酬点数×10)		円		円
上記のとおり証明します。 年 月 日				
医療機関コード		別紙証明書添付		
所在地		名 称		
氏 名		氏 名		

記入しないで  
ください。

診療科	
-----	--

付 加 給 付 額	
--------------	--

高 額 療 養 費	
--------------	--

助 成 額	
-------	--

# 委任状

年 月 日

(宛先) 松山市長

当該申請により松山市から支払いを受ける  
座に振込みすることを委任します。

ひとり親家庭  
重度心身障害者  
子どもも  
医療費について、表記の預金口

委任者 (申請者)	受任者 (口座名義人)
住所	住所
氏名	氏名

# 念書

年 月 日

(宛先) 松山市長

相続人 住所  
相続人 氏名  
相続人 続柄

年 月 日 の死亡により、下記医療費の申請および受領について、相続人の間で異議が生じても、私が全責任を持って解決し、松山市には一切ご迷惑はおかけいたしません。

記

ひとり親家庭・重度心身障害者・子ども医療費

年 月分