松山市　1．ひとり親家庭　2．重度心身障害者　3．子ども　医療費支給申請書

（宛先）松　山　市　長

受付印

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。

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	年　　月		診療・看護・装具・柔整・マッサージ			
受取金融機関	□銀行　□信用金庫　□農協	□本店（所）　□支店　□出張所　□支所	□座種別	1 普通　2 当座	□座番号	
			フリガナ			
			□座名義人			
	※		※金融機関コード		※支払区分	

○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。

保険医療機関等証明欄	受給者氏名　大・昭・平・令　年　月　日（男・女）			加入医療保険保険者番号	
	加入医療保険被保険者資格情報	記　号		一部負担金の割合	1 ・ 2 ・ 3
		番　号			
	診療期間	1．入院　2．外来	令和　年　月　日～　令和　年　月　日まで　実日数（　）日	他法公費種別	精神・結核・更生・育成・特疾・その他　1・2・3・4・5・6
	保険診療総医療費（総診療報酬点数×１０）	円	他方公費負担額　円	受取金額	円

上記のとおり証明します。　　　　年　　月　　日

※

医療機関コード

（医療機関コードは必ず記入してください。）

診療科名：総合病院の場合は必ず記入してください。
（　　　　　　　科）

所在地
名　称
氏　名　　　　　印

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　ひとり親家庭 / 重度心身障害者 / 子ども　医療費について、表記の預金口座に振込みすることを委任します。

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