

1. ひとり親家庭  
2. 重度心身障害者  
3. 子どもも

松山市 医療費支給申請書

(宛先) 松山市長

家庭主（ひとり親医療費助成） or 受給資格者（子ども医療費助成）  
の住所・氏名・連絡先を記入

※それぞれ受給者証を確認してください。

受付印

住所 松山市二番町1丁目1番1号

氏名 松山 太郎

(電話 自宅・勤務先 携帯電話 090 - 0000 - 0000)

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。

③ 診療年月		年	月	① 療養費種別 診療・看護・装具・柔整・マッサージ			② 受給者番号	
④ 受取金融機関	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 農協		<input checked="" type="checkbox"/> 本店(所) <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 支所		⑤ 口座種別 フリガナ		⑥ 口座番号	
	松山		松山		マツヤマ		ハナコ	
	※		※金融機関コード		⑦ 口座名義人 松山		花子	

○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

○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

○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。

①診療年月②療養費種別③口座種別④口座番号  
⑤受給者番号（証に記載がある7桁の数字）  
⑥受取金融機関⑦口座名義人を記入  
※申請者と口座名義人が異なる場合、  
委任状（裏面）の記入も必要

受給者氏名		加入医療保険 保険者番号		大・昭・平・令 年 月 日 (男・女)		
保 険	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	
	診療 期間	1. 入院 2. 外来	令和 年 月 日～ 令和 年 月 日 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	
機 関	保険診療総医療費 (総診療報酬点数×10)		他方公費負担額	受取金額	円	
証 明 欄	上記のとおり証明します。					
	※	医療機関コード		所在地		
	(医療機関コードは必ず記入してください。)		名称			
	診療科名：総合病院の場合は必ず記入してください。		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

委任者 (家庭主or受給資格者) の住所・氏名  
受任者 (口座名義人) の住所・氏名を記入

ひとり親家庭  
当該申請により松山市から支払いを受ける 重度心身障害者 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。 子 ども

委任者 (申請者)	受任者 (口座名義人)
住所 松山市二番町1丁目1番1号	住所 松山市二番町1丁目1番1号
氏名 松山 太郎	氏名 松山 花子

# 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、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