

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

〒

松山市 町 丁目 番 号

氏名

(電話 自宅・勤務先・携帯電話 - - )

○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・看護・装具・柔整・マッサージ	
口座種別 1. 普通 2. 当座	口座番号
フリガナ	
口座名義人	
※	※ 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。

保険医療機関等証明欄	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)			
	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 平成・令和 年 月 日～ 実日数 2. 外来 平成・令和 年 月 日まで ( ) 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	他法公費負担額	円
受領金額		円		
上記のとおり証明します。 年 月 日				
医療機関コード				
※				
所在地				
名称				
氏名				
( 科)				

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  
子ども医療費

医療費について、表記の預金口座

委任者 (申請者)	受任者 (口座名義人)
住所 松山市 町 丁目 番地 号	住所 松山市 町 丁目 番地 号
氏名 ①	氏名

# 念書

年 月 日

(宛先) 松山市長

相続人 住所  
相続人 氏名 ①  
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