

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

受給資格者の住所と氏名、ご連絡先を記入
受給資格証に記載のある保護者の氏名

(10歳未満の場合は保護者)

受付印

〒790-0000

松山市 二番 町 1丁目 1 番地 1 号

氏名 松山 太郎

認印(シャチハタ不可)を必ず押印

いずれかに○をつける電話 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

診療年月	平成・令和	年	月	診療・看護・装具・柔整・マッサージ	受給者番号						
受取金融機関	<input type="checkbox"/> 銀行	<input type="checkbox"/> 本店(所)		<input type="checkbox"/> 口座種別	1. 普通	2. 当座	<input type="checkbox"/> 口座番号	1	1	1	1
	<input type="checkbox"/> 信用金庫	松山			フリガナ	マツヤマ		ハナコ			
	<input type="checkbox"/> 農協	松山			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。
- 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
- 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。

診療年月 療養費種別 口座種別 口座番号
受給者番号(受給資格証に記載のある7桁の番号)
それぞれ記入し、受取金融機関や口座名義人の詳細も記入
申請者と口座名義人が違う場合、裏面の委任状の記入も必要

受給者氏名	松山 一郎				加入医療保険 保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8
加入医療保険 被保険者証 記号	100				加入医療保険 被保険者証 番号	1000							
診療期間	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							
保険診療総医療費 (総診療報酬点数×10)					円	他法公費負担額							

受給者氏名、生年月日、性別
加入している医療保険の保険者番号
加入している医療保険の被保険者証
の記号・番号
入院・外来いずれかを選択
上記を分かる範囲で記入

【注意事項】
申請書は、月別、医療機関別、入院・外来別、受給者別で必要ですので、領収書が複数ある場合はご注意ください。
なお、申請書はコピーでも構いませんが、押印はすべての申請書が必要です。
申請には領収書か、この申請書の下記太枠内の証明欄に医療機関の証明が必要です。
病院にかかった方の保険証も必要です。

記入しな
ください。

高 額 療 養 費					
-----------	--	--	--	--	--

付 加 給 付 額					
-----------	--	--	--	--	--

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 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(受給資格者)の住所・氏名及び認印(シャチハタ不可)
受任者(口座名義人)の住所・氏名の記入

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

印

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