

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

(1 ひとり親 … 家庭主)

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 ← 該当する方につける

※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。

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

診療年月 療養費種別 口座種別 口座番号
 受給者番号 (証に記載のある7桁の数字)
 受取金融機関 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

- 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
- 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
- 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)		一部負担金の 割合	
	加入医療保険 被保険者証	記号 番号	1 · 2 · 3	
	診療 期間	1. 入院 令和 年 月 日～ 2. 外来 令和 年 月 日まで () 日	実日数	他法公費種別
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		
(医療機関コードは必ず記入してください。)		所在地		
診療科名: 総合病院の場合は必ず記入してください。		名称		
(科)		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

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

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 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