

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

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。

診療年月		令和 年 月		療 養 費 種 別		受 給 者 番 号	
受 取 金融機関	□銀行 □本店(所)		□座種別 1.普通 2.当座		□座番号		
	□信用金庫 □支店		フリガナ				
	□農 協 □出張所		□座名義人				
	□支 所						
※		※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)				一部負担金の 割 合						
	加入医療保険 被 保 険 者 証		記 号 番 号		診 療 期 間		他法公費種別				
	1.入院 2.外来		令和 年 月 日～ 令和 年 月 日まで () 日		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)				他法公費負担額				受領金額			
上記のとおり証明します。 年 月 日											
※				医療機関コード				別紙証明書添付			
				所在地							
				名称							
				氏名				印			
(診療科名: 総合病院の場合は必ず記入してください。)											

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	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