

申請場所：保険年金課 医療給付担当(21番窓口)
 持参するもの：受給者証、領収書、被保険者の資格がわかるもの(資格確認書等)、通帳原本
 ※一医療機関について一ヶ月1枚必要です。

<input type="checkbox"/> 重度心身障害者 <input type="checkbox"/> ひとり親家庭 <input type="checkbox"/> 子ども	<h2 style="margin: 0;">医療費助成金申請書</h2>													
申請額 _____ 円 (ただし、令和 ____ 年 ____ 月分) 標記医療費の助成を受けたく、助成金の額を証する書面を添えて上記のとおり申請します。 <div style="text-align: right;">令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日</div>														
(宛先)今治市長 <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">住所 _____</div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">申請者 _____</div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">(受給資格者) 氏名 _____</div>														
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:15%;">受給資格者証</td> <td style="width:15%;">重</td> <td style="width:15%;">・</td> <td style="width:15%;">ひ</td> <td style="width:15%;">・</td> <td style="width:15%;">子</td> </tr> <tr> <td>記号番号</td> <td>今治</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	受給資格者証	重	・	ひ	・	子	記号番号	今治						電話 (_____) - _____ <input type="checkbox"/> 受け取りを下記口座名義人に委任します。
受給資格者証	重	・	ひ	・	子									
記号番号	今治													
振込 金融機関	銀行 農協 信用金庫	支店 普通・当座 口座番号	口座名義人(カタカナ)											

医療 機 関 等 記 入 欄	<h3 style="margin: 0;">医療保険各法による診療報酬請求額証明書</h3>										
	年 ____ 月診療分										
	患者氏名					一部負担金の割合	1割・2割・3割				
	保険種別	被用者保険		今治	国保組合		保険者番号				
		協・組・船・共		国保・後期	医歯国保・他国保		被保険者記号番号				
							入院・外来実日数		入院・外来(日間)		
	診療報酬	総診療報酬点数									点
	内 訳	他法公費種別(_____)				他法公費負担点数					点
						費用徴収額					円
	領収金額(患者自己負担額)					一部負担					円
計									円		
上記のとおり証明します。 <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日</div> <div style="margin-top: 20px;"> 医療機関等の名称及び所在地・開設者氏名 _____ (印) </div>											

医療機関等の名称のみの刻印は不可

助成内容	本人負担額 (_____ 円) - (_____ 円) - (_____ 円) = _____ 円	高額療養費 付加給付額	助成金決定額 _____ 円
------	--	-------------	----------------

検取	係	受付	受付年月日	令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日
			決定年月日	令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

記入しないでください