

医療費支払請求書 (重度・ひとり親・子育て支援)

《 課・初 》
《 一般・低Ⅱ・低Ⅰ・一定 》

受給者	受給者番号	9001234	医療	保険者番号	
	(フリガナ) 氏名	トマコマイ ショウタ 苫小牧 翔太	療名	受給者のお名前等 をご記入ください	
	生年月日	大正昭和 平成令和 5年1月1日	保 険	記号・番	
病院等の名称	保護者の口座情報をご記入ください			入院	器具
診療	初診回数			外来	移送
初診回数	回			調剤	その他
受領方法	現金	口座名義人	トマコマイ タカシ		
	口座振替	金融機関名	銀行 信用金庫 支店		
		店番	001		
		口座No.	012345		
上記のとおり	申請日をご記入 ください			令和 7 年 1 月 23 日	
苫小	苫小牧市 旭町4丁目5番6号				
	△△アパート201番地の				
	氏名 苫小牧 隆				
	電話 090 - 1234 - 5678				
支給金 受任者	口座名義人の お名前をご記入 ください			委任します。	受付日付印
	氏名			令和 年 月 日	
	印 (続柄)				
	委任者 氏名			印	

※ 下欄は記入しないでください。

備 考	<input type="checkbox"/> 地域外受診	<input type="checkbox"/> 証交付前受診	<input type="checkbox"/> 補装具
	<input type="checkbox"/> 負担区分変更	<input type="checkbox"/> 高額医療費	<input type="checkbox"/> 他公費有
	<input type="checkbox"/> 負担割合 __割 → 1割・初診		
	<input type="checkbox"/> 領収書返却 ※領収書原本に受付印押印必要 要(枚)・不要(コピー済)		
	課長	担当	合議
	受付		
各制度ごとまとめて決裁のため省略		保険対象額	保険給付額
		一部負担金	支給決定額