

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							医療保険	保険者番号						
	(フリガナ) 氏名								名称						
	生年月日	大正・昭和 平成・令和	年	月	日	記号・番号									
									被保険者氏名						
病院等の名称及び所在地								医療費区分	入院	歯科	装具				
									外来	柔整 ハリキュウ	移送				
									調剤	看護	その他				
診療月	令和	年	月	分	病院等に支払った金額		円								
初診回数				回											
受領方法	現金	口座名義人						店番							
	口座振替	金融機関名												口座No.	
		銀行 信用金庫						支店							
上記のとおり申請します。												令和	年	月	日
苫小牧市長 様		住所 苫小牧市						町	丁目	番	号	番地の			
		氏名						_____							
		電話						-							
支給金額を受け取ることを下記の者に委任します。										受付日付印					
		令和						年	月					日	
受任者 住所								電話							
		氏名						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	受付	保険確認	保険対象額	保険給付額	一部負担金	支給決定額
各制度ごと決裁のため省略								

別紙