

高校生等医療助成費支給申請書

負担者番号					フリガナ			
受給者番号					高校生等氏名	年 月 日生		
保険者番号					保険者名	国民健康保険組合・共済組合 健康保険組合・健康保険協会		
被保険者氏名			記号		番号	(枝番)		
1:入院 2:外来		1:医科 2:歯科 3:調剤 4:看護 5:移送 6:補装具 7:その他						
診療等を受けられた年月	入院 外来	診療 区分	1:制度対象外の医療機関等のため 2:医療証を提示しなかったため 3:その他		領収書 枚数	支給 申請額(円)	申請の 理由	備考
			病院・診療機関等					
			名称	電話番号				
合 計								
医療証に記載された保護者の方の口座を指定してください。								
振込先金融 機関		信用金庫 銀行 農協		本店 支店 出張所	金融機関 コード		店舗 コード	
口座番号 (右詰め)			フリガナ			口座 種別	普通 当座 貯蓄	
			口座名義					
<p>上記のとおり医療助成費の支給を申請します。</p> <p>粕江市長 宛て</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">〒 </p> <p>住 所 _____</p> <p>電話番号 _____</p> <p>氏 名 _____</p>								

太枠の中にご記入の上申請してください。
 領収書に病院・診療機関等の電話番号が書かれている場合はご記入不要です。
 領収書を添えて申請してください。また、保険で付加給付のある場合は申し出てください。

※市記入欄

医療助成費支給決定額	円
------------	---