

年 月 日

| | | | | | | | | |
|---------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 公費負担者番号 | 8 | 0 | 2 | 7 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| 受給者番号 | | | | | | | | |

医療費支給申請書及び口座振替依頼書

守口市長殿

申請者
(受給者)
住所
氏名

電話 (- - -)

下記のとおり医療費の支給を別紙

被保険者証
 医療証(医療受給者証)
 領収書
 診療明細書

書類を添えて申請しますので、

口座振替によって支払ってください。

なお、支給の決定に際し、医療機関・保険者・他の公費制度を所管する公的機関に必要な公簿を照会・閲覧されることに同意します。

(資格年月日: 年 月 日 ~ 年 月 日)

| | | | | |
|--------------|---|---|---------|----|
| 受給者 | 同上 | 住所 氏名 | | |
| 加入医療保険 | 保険者名 | | 記号番号 | |
| | 保険者番号 | | 附加給付 | |
| 申請理由 | 1 移送 2 装具装着 3 非契約医療機関 | 4 医療受給者証・医療証の未提示 5 一部負担金相当額等一部助成証明書未提示 6 その他 (高額分 ·) | | |
| 診療に要した費用 | 円 | | | |
| 医療費の受領方法について | 住所 氏名 に委任します。 氏名 | | | |
| 口座振替 | 守口市会計管理者 殿 振込先 銀行 信金 信組 農協 | 預金種目 | 普通 · 当座 | |
| | | 口座番号 | | |
| | | フリガナ | | |
| | | 口座名義人 | | 統柄 |

以下は、守口市処理欄のため記入しないでください。

支給決定伺

下記のとおり医療費の支給を決定してよろしいか。

| 診療費内訳 | | | | |
|-------------|-----------------|-----------------|---------------|-------|
| 入院・入院外別 | 入院・外来・歯科・調剤・その他 | 診療期間 | 年 月 日 ~ 日()日 | |
| 医療費総額 | 円 | 公費負担区分及び高額負担限度額 | 円 | |
| 支払金額(助成対象額) | | 附加金等 | 一部自己負担金 | 支給決定額 |
| 円 | | 円 | 円 | 円 |
| 備考 | | | 受付日 | · · |
| | | | 資格審査日 | · · |
| | | | 支給決定日 | · · |
| 一部自己負担金 | 1日 円 + 2日 円 = | 円 | | |