

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	預金種目 普通・当座
		口座番号
		フリガナ
	銀行 信金 信組 農協 本店 支店 出張所	口座名義人

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
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	