

公費負担者番号							
受給者番号							

医療費支給申請書及び口座振替依頼書

守口市長様

受給権者 住所
 (保護者) 氏名 ⑩
 受給権者との続柄 ()
 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。

(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		4 医療受給者証・医療証の未提示				
	2 装具装着		5 一部負担金相当額等一部助成証明書未提示				
	3 非契約医療機関		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 ⑩
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			続柄
	銀行 支店			口座名義			

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			
(内訳)			受付日	. .			
			資格審査日	. .			
一部自己負担金	1日 円 + 2日 円 =	円	支給決定日	. .			