

(子ども・~~重度心身障がい者~~・ひとり親家庭等) 医療費支給申請書

申請者は、受給者の加入する医療保険の被保険者です。

(あて先) 札幌市 中央 区長

受給者番号(数字7桁)、受給者氏名・住所・生年月日、性別を記入します。

医療受給者(後期高齢者医療制度等には本人、子ども医療受給者は保護者、又は、国保の世帯主又は組合員、社会者又は組合員になります。支給を受けたいので、証拠書類を添えて該医療費の助成に当たり、私及び私の取証等の内容について調査されることに同意します)

申請者 住所 札幌市 中央 区 大通東1丁目1 大通東マンション
氏名 中央 三 郎
(電話 011 - (123) 4567)

受給者番号	1 2 3 4 5 6 7	保険者番号	0 1 4 0 1 9
住所	札幌市中央区大通東1丁目1	保険者の名称	札幌市中央区
氏名	中央 三 郎	被保険者証等の記号・番号	国札子100 - 1000
生年月日	昭和44年4月4日	後期高齢医療被保険者番号	
資格取得日		証交付日	
資格喪失日			

受給者が加入する医療保険の保険者番号・名称等を記入します。

① 振込 2. 口座振込 3. その他	金融機関名	北海道銀行 札幌駅前支店 (店番号 151)	
	口座番号	① 普通 2 当座	フリガナ アンマ ハナコ
	口座名義人住所	札幌市中央区大通西11丁目1 大通西11ビル	口座名義人氏名 あんま 花子

助成金の振込先口座を記入してください。施術者等が助成金を代理受領する場合は、別途、受領に係る委任状が必要です。

医療(助成)を受けることができなかった理由	1. 受給者証交付前	2. 受給者証の未提示	3. 道外診療
認定を受けることができなかった理由	4. 補装具	5. ⑤ 施術	6. 月の限度額超過
	8. 医療保険証の未提示	9. その他	7. 訪問看護

助成を受けることが出来なかった理由は「5 施術」に○を付してください。診療内容は、把握している範囲で、できるだけ詳しく記入してください。

診療内容			
診療局その他	所在地	札幌市中央区大通西11丁目1 大通西11ビル	
	名称	花子マッサージ治療室	
	氏名	あんま 花子	
傷病名	頸随損傷	入院外来の別	入院 療養 自 令和2年 8 月 3 日
発病負傷年月日	令和 2 年 5 月 25 日	期間	至 令和2年 8 月 27 日
発病の原因	転倒	傷病の経過	治ゆ 死亡 転医 中止 ⑤ 繰越 軽快
		診療等の内容	マッサージ

審査決定額							
受給者負担額	総医療費	公費負担額	保険者負担額	高額療養費	付加給付金	※ 初診回数	一部負担金(訪問看護利用料)

申請内容を審査の結果、適正と認められたので支給してよろしいか。	受付年月日
※ 決裁年月日(支給決定年月日)	決裁
令和 年 月 日	台帳処理年月日

この欄は札幌市の記入欄です。記入せずに提出してください。

課非区分

所得区分