

(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

(あて先) 札幌市 **中央** 区 長

申請者は、受給者の加入する医療保険の被保険者です。

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 **北1条西2丁目1-1**  
 氏名 **札幌 太郎**  
 (電話 **011 - (123) 4567**)

受給者番号	1	2	3	4	5	6	7	保険者番号	3	9	0	1	1	0	1	0
住所	札幌市中央区北1条西2丁目							保険者の名称	北海道後期高齢者医療広域連合							
氏名	札幌 太郎							被保険者証等の記号・番号								
生年月日	昭和11年11月11日							後期高齢医療被保険者番号	8	7	6	5	4	3	2	
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・名称等を入力します。

① 口座振込 2. その他	振込先	金融機関名	北洋銀行 札幌市役所支店 (店番号 485)			
	口座番号	① 普通 2 当座	フリガナ	ハリノ イチロウ		
	口座名義人住所	札幌市中央区大通西11丁目1-101	口座名義人氏名	針野 一郎		

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

診療内容		所在地	札幌市中央区大通西1丁目1 大通公園ビル			
診療局その従事し	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。	名称	はりきゅう一郎治療院			
		氏名	針野 一郎			
傷病名	神経痛	入院外来の別	入院	療養期間	自 令和2年 9 月 2 日	診療を受けた日数
発病負傷年月日	不明	⑤ 外来	至 令和2年 9 月 29 日			10 日間
発病の原因	不明	傷病の経過	治ゆ 死亡 転医 中止 ⑤ 繰越 軽快	診療等の内容	はり・きゅう併用	

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)	支給年月日
令和 年 月 日	令和 年 月 日
決裁	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