

記入例

福祉医療費支給申請書兼請求書

(あて先)

小野市長 様

申請者欄は、受給者が
・18歳以上の方は受給者本人
・18歳未満の方は、保護者様(加入されて
いる健康保険の被保険者の方)
をご記入ください。

申請者

住所 小野市中島町 531

氏名 小野 太郎

受給者との続柄 (父)

電話 0794-63-1000

下記のとおり、医療費の助成を申請します。支給決定金額を下記口座に振り込んでください。

※申請者（18歳以上は受給者）以外の口座に振り込みを希望する場合は、下記の□に✓を記入してください。

□ 申請者は、支給決定金額の受領に関する一切の権限を下記口座名義人に委任します。

受給医療	☐ 高齢期移行 ☐ 高齢重度障害者 ☒ 乳幼児・こども ☐ 母子家庭等 ☐ 重度障害者											
申請理由	☒ 他府県 ☐ 発行前 ☐ その他 ()											
フリガナ	オノ ハナコ				受給者番号	1	1	1	1	1	1	1
受給者氏名	小野 花子				生年月日	R2年 1月 1日						
					個人番号							
医療保険の 加入状況	記号	1111				番号	1111					
	被保険者氏名	小野 太郎				続柄	父					
	医療保険名称	〇〇健康保険組合				保険者番号	111111111					
	医療保険の所在地											
振込先	金融機関	〇〇銀行				支店名	〇〇支店					
	口座番号	9	9	9	9	9	9	9	種別	☒ 普通 ☐ 当座 ☐ 貯蓄 ☐ その他 ()		
	コウザメイギ (※カナで記入して下さい)				オノ タロウ							
添付した領収書は、年 月 日分より 年 月 日分												

※こ
る保
※申
※同
りま

受給者が18歳以上の方は受給者本人の口座をご記入ください。
受給者が18歳未満の方は、保護者様(加入されている健康保険の被保険者の方)の口座をご
記入ください。
※上記以外の口座をご希望の場合は、受給者または保護者からの委任が必要です。
上記の委任欄に☑をご記入の上、受給者(保護者)の本人確認書類のコピーを添付してくだ
さい。

【市記入欄】

低Ⅰ・低Ⅱ

事項	確認	詳細	年月	自己負担額	高額・限度額	支給額
市記入欄のため記載不要						
支給方針申請		当月支給予定 (有) (無)				

受付者