

記入例

申請者氏名は・・・

- 受給者本人の氏名
 - 受給者が未成年の場合は、保護者氏名
 - 相続人氏名（別世帯の場合は続柄のわかる戸籍謄本等が必要です）
 - その他の場合は委任状が必要です
- ※申請者本人が手書きしない場合は押印が必要です

医療費助成申請書

提出日を記入

令和3年2月1日

所 山口市亀山町2-1

申請者 氏名 山口 太郎

※申請者本人が手書きしない場合は、記名・押印してください。

個人番号 123456789012

受給者証記号番号 48 - 12345

受給者氏名 山口 二郎

生年月日 平成24年 2月 1日

電話番号 083 - 934 - 2803

受給者証の“記号”
“番号”欄の数字を
続けて記入

申請者と口座名義人が異なる場合は、
委任状が必要です

福祉医療費の助成を受けたいので、別紙のとおり証明書類を添付して申請いたします。

医療費 払込み 指定 金融機関	銀行	本店(所)	口座番号	1	2	3	4	5	6	7
	ゆうちょ	信用金庫	一二八	普通 当座						
	農協	支店(所)	フリガナ	ヤマグチ タロウ						
	()	出張所	氏名	山口 太郎						

年 月 分

以下 事務処理欄

口座記入欄に誤りがあった場合は訂正印が必要です。
(申請者本人が手書きの場合は署名にて訂正)

	領収枚数	1レセプト	負担	受給資格
入・外・薬・装具・その他	枚	円	点	<input type="checkbox"/>
入・外・薬・装具・その他	枚	円	点	<input type="checkbox"/>
入・外・薬・装具・その他	枚	円	点	<input type="checkbox"/>
入・外・薬・装具・その他	枚	円	点	<input type="checkbox"/>
入・外・薬・装具・その他	枚	円	点	<input type="checkbox"/>
入・外・薬・装具・その他	枚	円	点	<input type="checkbox"/>
入・外・薬・装具・その他	枚	円	点	<input type="checkbox"/>

支給額 合計 円 No. /

※払い戻しまでに3か月ほどかかる場合があります。

支給月 : 年 月