

記入見本

第7号様式

記入して下さい。

申請できる方

- 1 受給資格者本人の方(未成年者は、父か母が養育者)
- 2 受給資格者本人が(受診したときに)加入している健康保険の被保険者(社会保険や後期高齢者医療に加入の場合)や世帯主(国民健康保険に加入の場合)等に該当する方
- 3 受給資格者本人と同一世帯を構成するご家族の方(本人の配偶者か本人から見て3親等内の直系血族の方)

※1～3以外の方は、福祉医療課までお問い合わせ願います。

受給者証の種類	1 子とも	2 重度心身障害者等	3 ひとり親
受給資格者番号	加入保		
受給資格者氏名	生年		普通
支払場所の指定	銀行	フリガナ	普通
	信用金庫	名義人	
	店		

申請者の方の身分証明書(個人番号カード(表面のみ)、運転免許証、パスポート、手帳等の顔写真付きのものは1点、又は、顔写真なしのものは2点)を、この申請書に添付して下さい。

受給資格者本人の氏名、生年月日等をご記入のうえ、該当箇所を「○」で囲んでください。
振込先口座を指定できる方は、上記の申請できる方になります。

保険医療機関等証明欄 (保険適用の場合だけ証明してください。)

診療年区分	保険診療総点数	公費負担対象	一部負担額
診療内容	点	点	円割
			円割

記入不要です。

ただし、保険点数の記載された領収書がない場合は、医療機関で証明を受けて下さい。

上記保険診療による一部負担額は、領収済みであることを証明する。

年 月 日

所在地
名称
代表者
電話番号
保険診療機関等

※ 「保険医療機関等証明欄」は、保険医療機関等の領収書があれば記入の必要はありません。

※ 療養費など全額自費のときは、保険給付の支給を受けたことを証明する書類を添付して下さい。

(事務処理欄) マ、運、パ、手、その他()

総医療費 A	控除額の内訳			支給決定額 (A-D)
	法定保険給付額 B	附加給付等 C	控除額の計 (B+C) = D	
	記入不要です。			