

○太枠内を記入してください。 ○この請求用紙は、受診月・医療機関・入院・外来ごとに1枚記入して下さい

乳 幼 児
心 身 障 害 者
ひ と り 親 家 庭 等
重 度 心 身 障 害 老 人 等

医療費助成金交付請求書

大和郡山市長 様

申請者 住所 大和郡山市

年 月 日

金 円

氏名

印

電話

()

ただし、平成 年 月分 医療費助成金を交付されるよう請求します。

なお、助成金は医療費助成金支給申請書にて申請した金融機関に振り込んでください。

※署名の場合は押印を省略できます。

受給資格証 受給者番号		受給者 (又は乳幼児) 氏名	フリガナ
			生年月日 昭和・平成 年 月 日
1 加入医療保険 名称及び 保険者番号		加入 医療保険 記号番号	記号 番号

①医療機関等名	1 2 3 4 5 7 9 入 外 歯 調 整 訪 他	総点数	自己負担支払額	医療 機関 コード	0 県内 ・ 1 県外
	日数 日	点	円		
②医療機関等名	1 2 3 4 5 7 9 入 外 歯 調 整 訪 他	総点数	自己負担支払額	医療 機関 コード	0 県内 ・ 1 県外
	日数 日	点	円		
③医療機関等名	1 2 3 4 5 7 9 入 外 歯 調 整 訪 他	総点数	自己負担支払額	医療 機関 コード	0 県内 ・ 1 県外
	日数 日	点	円		
④医療機関等名	1 2 3 4 5 7 9 入 外 歯 調 整 訪 他	総点数	自己負担支払額	医療 機関 コード	0 県内 ・ 1 県外
	日数 日	点	円		
⑤医療機関等名	1 2 3 4 5 7 9 入 外 歯 調 整 訪 他	総点数	自己負担支払額	医療 機関 コード	0 県内 ・ 1 県外
	日数 日	点	円		

確認欄	保険の自己負担割合(1割・2割・3割)	高額療養費の有無(限度額)	所得区分(一般・低I・低II)
決 定	高額療養費 (円) (円) - 一部負担金 (円) = 支給額 その他 (円)		円
	決裁日	課長	課長補佐
	交付日	係長	係
台帳確認			受付

同じ月に受診された医療機関 5件まで1枚で請求できます。

※ 医療費助成金の請求権は5年で時効になります。

◎添付書類 医療機関の領収書 高額療養費該当の場合は、高額療養費支給決定通知書