

（ 子 ど も
母 子 家 庭 等
障 が い 者
精神障がい者通院 ）

医 療 費 助 成 申 請 書

令和 年 月 日

大 府 市 長 殿 申請者 住 所 大府市 町 番地

氏 名

電 話

次のとおり申請します。

受 給 者	受給者番号			加 入 医 療 保 険	
	住 所	☐ 申請者に同じ		記号・番号	
	氏 名			保 険 者 (保険者番号)	()
	生 年 月 日	昭・平・令 年 月 日		被 保 険 者	
振 込 先		金融機関	銀行・信連 支店 農協・信金 (店番)		
		口座番号	普・当	ふりがな 名 義 人	

支 払 証 明 書

診 療 を 受けた月	診 療 実 日 数	傷 病 名	療 養 に 要 し た 保 険 診 療 総 点 数	保 険 診 療 一 部 負 担 額 (窓口支払額)	※ 附 加 給 付 額	※ 助 成 決 定 額
入 院						
入 院 外						

上記のとおり支払われたことを証明します。

令和 年 月 日

医療機関等

受給者 様 住 所

氏 名 (名称) 印

持参書類：保険証、受給者証、領収書、療養費等の支給額を証する書類