

年 月 日

医 療 費 支 給 申 請 書

受付印

（宛先）池田市長

申請者 住 所

氏 名
（申請者が手書きしない場合は、記名押印してください。）

受給者との続柄

電 話 — —

医療費の支給を申請しますので、口座振込により支給願います。

公費負担者番号			受給者番号		
受 給 者	住 所				
	氏 名		生年月日	年 月 日	
加 入 医療保険	被保険者名		保険種別 協・組・日・船・共・国・国組		
	記号・番号		保険者名 保険資格取得日 年 月 日		
口座情報	銀行・組合 支 店 信金・信組 出張所				
	預金種目	普 通 ・ 当 座	口座番号		
	名 義 人 (カナ)				

- 申請は、受診された翌月以降に行ってください。
- 同月・同一医療機関受診分の申請は、必ずまとめて行ってください。
- 健康保険適用外の費用（予防接種・診断書料・薬の容器代など）は、対象となりません。

事務使用欄

支給決定額（内訳は別紙のとおり）

円