

貝塚市長 様

令和 4年10月 1日

申請者 住所 大阪府貝塚市皇中1丁目17番1号

氏名 貝塚 太郎
(電話〇〇〇-△△△△-□□□□)

対象者の医療証を確認の上、記入をお願いします。

とおひ医療費の助成申請をいたします。支給決定額については、下記口座に振り込んでください。
医療費の支給に関し、課税状況等の確認が必要なとき、医療保険欄は被保険者資格が確認できるもののコピーを合わせて提出して頂くことで記入不用です。

年月日 (平成・令和) 年 月 日
令和4年1月診療分(補装具は意見書の月)

受給者	公費負担者番号	8 2 2 7 0 0 9 1	医療保険	記	
	受給者番号	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇		所在地	
	氏名	貝塚 つげお		保険者番号	
	生年月日	令和4年1月1日			
申請内容	1. 府外診療 3. 一部負担金償還金 4. 医療証発行前受診(資格開始 年 月 日) 5. 医療証提示忘れ 6. その他()	2. 補装具装着	振込	〇 〇 〇 銀行・信用金庫 農協・信用組合	銀行番号 1 2 3 4
	1. 医科(入院) 2. 医科(外来) 3. 歯科 4. 調剤 5. 補装具(入院)	6. 補装具(外来) 7. 柔整 8. 鍼灸マッサージ 9. 看護・移送 10. その他()		△△△△支店	支店番号 1 2 3
診療内容	種別	普通・当座・その他	口座	口座番号	1 2 3 4 5 6 7
	フリガナ	カイツカ タロウ		口座名義	貝塚 太郎

(医療機関記入欄)

領収明細書

領収金額 円
対象者 にかか この欄は、記入不用です。

診療科名	科(入院/入院外)	公費負担	日()日間	助成負担金	備考
診療日	保険診療点数	(結)			
	点	点	円	円	
	点	点	円	円	
	点	点	円	円	
4日目以降計	点	点	円	円	

年 月 日 医療機関等 所在地
名称

※ここから下は、記入しないでください。

医療費総額 (保険適用分)	保険一部負担金 (A×負担割合)	高額療養費	家族療養附加金	公費負担医療 助成金(80を除く)	福祉医療 一部負担金	支給決定額 B-C-D-E-F
A	B	C	D	E	F	