

# 医療費支給申請書

新温泉町長 様

年 月 日

※太枠内のみご記入ください。

申請者	住所	新温泉町 Tel ( )	受給者との続柄
	氏名		

次のとおり申請します。(領収書別紙添付)

受給者	<small>フリガナ</small>	氏名	負担者番号							
	T・S H・R	年 月 日生	受給者番号							
保険者の名称	保険者番号( )		被保険者等 記号・番号							
保険種別	国保・社保等		入院	件	日	調剤	件	日		
医療機関・薬局 等の名称・住所	入院外				柔整					
	歯科				コルセット					
申請額	円		看護			その他				
			年 月分～				年 月分			

次のとおり金融機関に振り込みしてください。

振込金融機関	1. 但馬銀行	支店
	2. 但馬信用金庫	支店
	3. 鳥取信用金庫	支店
	4. たじま農協	支店
	5. 信漁連	但馬支店
	6. ゆうちよ銀行	店
	7.	
預金種別	口座番号	
普通・当座		
(フリガナ) 口座名義人	.....	

委任状

左記口座名義人を代理人と定め、上記請求により新温泉町から受ける医療費を受領することを委任します。

年 月 日

申請者 住所  
氏名 ⑩

添付書類	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 保険給付がなされることを証明した書類</li> <li>2 保険医療機関等において発行された領収書</li> <li>3 医療保険が療養費払いの場合には、療養費支給証明書</li> <li>4 家族療養費付加金等がある場合には、付加給付等支給額証明書</li> </ol>
------	---

決定	医療費支給額	保 険 者	自 己 負 担 (A)	一部負担金、付加給付又は高額療養費 (B)
	円	円	円	円
	医療費支給決定額 (A-B)		区 分	左記のとおり決定します。  年 月 日
	円			

**※医療費支給申請書は、次のことに注意して記入してください。**

1. 「申請書」は、1回の申請につき、1枚提出してください。
2. 申請者の欄は、受給者本人の場合は受給者氏名、扶養義務者（親等）がいる場合はその氏名と続柄を記入してください。
3. 受給者欄には、受診された方の「医療費受給者証」及び健康保険の情報の記載事項を転記してください。
4. 振込金融機関は、「申請者」の口座をご記入ください。
5. 委任状の欄は、申請者と口座名義人が違う場合に、ご記入ください。

**[申請に必要なもの]**

- ① 領収書:保険医療機関等において発行された領収書 (受診者名、保険点数等の記載のあるもの)
- ② 印鑑
- ③ 振込口座のわかるもの
- ④ 福祉医療費受給者証、健康保険証
- ⑤ 高額療養費支給決定通知書:加入医療保険の支給決定通知 (該当の場合のみ)

[申請先]新温泉町役場健康福祉課又は温泉総合支所地域振興課

※医療費の助成対象は保険適用分に係るもののみですので、入院時の食事代、予防接種代、薬のビン代、証明書料等は対象になりません。

○対象者や一部負担金などご不明な点がございましたら、下記のお問い合わせ先までご連絡ください。

**[問い合わせ先]**

新温泉町役場 健康福祉課 国保医療係

TEL (0796) 82-5620 (直通)

新温泉町役場温泉総合支所 地域振興課 住民係

TEL (0796) 92-1131 (内線20)