

書き方見本

上限	低①-2500
	低②-5000

※太枠内は記入してください。申請は、診療月ごと1枚ご記入ください。

治療を受けた方の氏名・生年月日を記入してください。

被保険者証の 記号 24-〇〇 番号 〇〇〇〇		療養を受けた氏名 八王子 太郎
診療月 月に、記入 します。	1年 4月 分	被保険者 生年月日 平成・昭和45年 9月 1日生
医療に要した費用 (領収書の合計額)		2500 円
※病院・診療所・クリニック・薬局等の領収書が必要になります。		
診療又は手当てを受けた 病院・診療所・クリニックの名称	<input checked="" type="checkbox"/> 領収書のとおり <input type="checkbox"/> その他 ()	該当する、病院・ 薬局の領収書の 合計です。
薬剤の支給を受けた 薬局の名称	<input checked="" type="checkbox"/> 領収書のとおり <input type="checkbox"/> その他 ()	
上記以外の診療を受けた 医療機関・施設の名称	<input type="checkbox"/> 領収書のとおり <input type="checkbox"/> その他 ()	
医療給付金の支給申請をした理由 (例 都外医療機関のため 手続きが遅れたため)		例 都外の医療機関で受けたため
備考 貯蓄口座はご利用になれません。		

振込先 金融機関	〇△×	銀行・信金 農協・信組	◇〇□ 支店	普 当	口座番号	右詰に記入してください
金融機関コード	〇△×□	支店コード	〇△□			〇〇〇〇〇〇〇〇
支給額は上記口座に振り込んでください。		フリガナ	ハチオウジ ジロウ			
		口座名義人	八王子 次郎			

記入後、金融機関名・支店名・口座番号・口座名義人について、再度の確認をお願いします。

八王子市長 殿

上記のとおり結核・精神医療に要した費用の額を証する書類を添えて申請いたします。
なお、私以外の者を口座名義人としている場合は、受領を委任したものです。

令和 〇 年 〇 月 〇〇 日

住所 〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇
八王子市〇〇町 5-5-10

世帯主氏名 八王子 太郎

電話 (042) 〇〇〇 - 〇〇〇〇

記入した日を記入してください。

所用事項は漏れなく記入し、記入漏れのないようにしてください。記載事項を訂正した場合には、二重線で取り消し、余白に正しい内容を記入してください。

必要書類 1. 領収書 (該当月分)

必要添付書類です。

2. 自己負担上限額管理票の写し (該当月分)

※診療日の翌日から2年を超えるとお支払はできません。

※結核医療給付金申請につきましては、「自己負担上限管理票の写し」は必要ありません

送付先 〒 192-8501 八王子市元本郷町3-24-1 八王子市役所 保険年金課 給付担当 電話 042-620-7235
--