

月分診療	医科	件	調剤	件
費用額		円		円
支給額		円		円

確認	入力

上限	低①-2500
	低②-5000

※太枠内をご記入ください。申請は、診療月ごと1枚ご記入ください。

結核・精神医療給付金支給申請書					
被保険者証の	記号	24-	療養を受けた	氏名	
	番号		被保険者	生年月日	平成・昭和・令和 年 月 日生
診療月	年	月	分	医療に要した費用 (領収書の合計額)	円
<b>※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。</b>					
診療又は手当を受けた 病院・診療所・クリニックの名称		<input type="checkbox"/> 領収書のとおり <input type="checkbox"/> その他 ( )			
薬剤の支給を受けた 薬局の名称		<input 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)					
備考					

振込先 金融機関	銀行・信金 農協・信組	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	支店コード				
支給額は上記口座に振り込んでください。		フリガナ			
		口座名義人			

**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。

年 月 日

住所 〒 -

世帯主氏名

電話 ( ) -

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)

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。