課　長	課長補佐	係　長	係	受付	令和　　年　　月　　日	受付印	
				伺	令和　　年　　月　　日		
				決定	令和　　年　　月　　日		
				支給	令和　　年　　月　　日		

医療費支給申請（請求）書

令和　　年　　月　　日

海南市長　　様

申請者　　住所 海南市

氏名

電話番号　（　　－　　－　　）

対象者との続き柄　（　　）

次のとおり、医療費を申請（請求）します。
また、医療保険各法による保険者の規約、定款等による付加給付又は他の法令による医療費の給付の支給状況等を確認することに同意します。

申請（請求）金額　　金　　円也

受給資格証の種類		１．子ども　２．ひとり親家庭　３．重度心身障害者（児） ４．重度心身障害者（後期高齢）　５．老人		
受給資格証番号				
対象者	フリガナ			
	氏　名			
	住　所	海南市		
	生年月日	大正・昭和 平成・令和　　年　　月　　日	性別	男 ・ 女
加入保険		１．国保　２．社保　３．後期高齢		

振込先	銀行・農協 金庫・連合会	本　店 支　店 出張所	普通 ・ 当座
	口座番号	(フリガナ) 口座名義人	**※債権者番号**

委任状

上記により支給される金額の受領に関することを
（住所）
（氏名）　　に委任します。

申請者氏名

職員確認欄	**□対象者が中学生まで…学校名（　　保 ・ 幼 ・ 小 ・ 中 ・未就園児）** **災害共済給付制度申請の有無（ 有 ・ 無 ）** □社保（保険者に確認）…高額療養費または付加給付の有無（ 高額 ・ 付加 ・ 無 ）