

医療費助成申請書

申請者記入欄		※太線の枠内のみ記入し、押印してください	
大田原市長様		記入例	
受給資格者 (申請者)	住所 氏名 電話	② 大田原市 本町1-4-1 ③ 大田原 太郎 ④ 23-1111	① ○○年○○月○○日
公費番号	受給資格者証番号	⑤ 1234567	※赤字のところに を記入して、印かんを 押してください。 ※スタンプ印不可
対象者	受診者氏名 生年月日	⑥ 大田原 一郎 ⑦ ○○年○○月○○日	
加入保険	被保険者氏名 保険証記号番号 保険者名称	受給資格者証に同じ	
振込先	金融機関名 (7桁) 口座名義	銀行・信金 信組 豊城 本店 支店 口座番号	本店 支店 預金種別 通 当座
一部負担21,000円以上支払った家族の有無			有・無

医療機関記入欄		※太線の枠内のみ記入し、押印してください	
保険診療証明書			
保険種類		有無	有・無
診療年月			
年			
★ ☆ この欄の注意事項 ☆ ★ ＊保険点数のある領収証を添付していただければ記入不要です ＊保険点数のない領収証などの場合は医療機関（病院・薬局）に 記入押印を依頼してください			

〔1〕 記入上の注意

- ① 申請書記入の際は、記入・押印漏れがないよう注意してください。
- ② 受診した病院・薬局ごとに申請書を1枚ずつ作成し、領収証を添えて提出してください。
領収証は原則返却いたしません。原本をお手元に保管したい場合は、ご自分であらかじめ領収書をコピーし、原本と写しの両方をお持ちください。
- ③ 受診した当月分の申請はお預かりできません。翌月以降1年以内に申請してください。
【例】4月受診分は、受診日にかかわらず翌月の5月1日～翌年の4月末日までが申請期間です。
- ④ やむを得ない場合を除き、申請書は事前に記入してお持ちくださるようご協力をお願いします。

〔2〕 郵送申請の注意

- ① 郵送で申請される場合、添付する領収証は原本としてください。
- ② 郵送で申請される場合、消印日が申請(受付)日となります。
- ③ 申請に誤りや不足などがあり、受付できなかった場合は返却させていただきます。

郵送のあて先 ⇒ 〒324-8641 大田原市本町 1-4-1
大田原市役所 子ども幸福課 給付係 行
TEL 0287 - 23 - 8932