

## 第6号様式(第12条第2項)

(表)

## 医療費支給申請書

年 月 日

(申請先)  
横浜市長郵便番号 電話番号( )  
申請者 住 所  
氏 名 印

次のとおり医療費の支給を受けたいので申請します。

対象者	住所			医療記号		
	フリガナ				番号	
医療保険	保険種別	政・組・船・共・付加給付の有無		有・無		
	被保険者証	保険者番号	名称	記号番号		
加入状況	被保険者(組合員)の氏名又は世帯主の氏名			保険加入年月日	年 月 日	
申請金額	円		振込先	フリガナ		
医療機関	住所又は在地			銀行	口名	
	氏名又は称				義	座人
医療費を支払った理由			支店	口番号	普	當
	入院		医療を受けた期間	年 月 日から年 月 日まで		
入院外		有効年月日始期	年 月 日			
		有効年月日終期	年 月 日			

処理欄	決定金額	円	理由			
	受付	上記のとおり支出します。			年 月 日起案	
					年 月 日決裁	
					年 月 日完結	
	区長	部長	課長	係長	起案者	
備考						

(注意) 裏面の注意事項をよく読んで書いてください。

(A4)

(裏)

- (注意事項) 1 この申請書を提出するときは、医療証及び被保険者証(組合員証)併せて提示してください。
- 2 保険の種別の欄は、該当する事項を○で囲んでください。  
「政」は政府管掌健康保険、「船」は船員保険、「共」は国家公務員等共済組合、地方公務員等共済組合及び私立学校教職員共済組合、「組」は組合管掌健康保険、「市国」は横浜市国民健康保険、「国組」は国民健康保険組合の略です。
- 3 付加給付の有無の欄は、該当する事項を○で囲んでください。
- 4 印の欄は、記入しないでください。