

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 証	記 号		
	フリガナ				番 号		
	氏 名						
医 療 保 険 加 入 状 況	保 険 種 別	政 市 国 組 船 共 組	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			
	被 保 険 者 ( 組 合 員 ) の 氏 名 又 は 世 帯 主 の 氏 名			保 加 年 月 日	入 日	年 月 日	
	申 請 金 額	円		振 込 先	フリガナ		
医 療 機 関	住 所 又 は 地 所 在 地			口 座 振 替	銀 行	口 名 義 座 人	
	氏 名 又 は 称				支 店	口 番 号	普 当
医 療 費 を 支 払 っ た 理 由			入 院 医 療 を 受 け た 期 間	年 月 日 から 年 月 日 まで			
			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。