

精神医療給付金支給申請書・請求書のご記入について

下記の要領をご参照のうえ、必要箇所にご記入、押印ください。

<共通の注意事項>

第11号様式(第12条関係)

- ・申請者は受診当時の世帯主です。
- ・記入内容を訂正する際は、必ず押印してください。
- ・押印は全て同じ印鑑をご使用ください。
- ・太線の枠内以外は記入しないでください。

結核・精神医療給付金支給申請書 (医科・調剤)			
被保険者が記入するところ	保険証の記号番号	記号・番号 35- (枝番)	氏名
	診療年月	年 月	生年月日 年 月 日
	算定した費用の額		世帯主との続柄
	診療薬剤の支給又は手当てを受けた病院・診療所・薬局その他の者の名称及び所在地	医療を受けた方	
	診療調剤又は手当てに従事した医師・薬剤師その他の者の名	×の箇所は記入しないでください。	
	請求した理由(支給資格が認められなかった具体的な理由)		
	備考		
上記のとおり当該医療につき算定した費用の額に関する証拠書類を添えて申請します。 年 月 日			
		世帯主 住所 氏名	印
(あて先) 日野市長			
審査決定額	円	保険者負担	円
公費負担	円	差引支給額	円

<精神医療給付金支給申請書>

保険証の記号番号を記入してください。

受診された方の、氏名・生年月日・世帯主との続柄を記入してください。

- ・申請日(記入日)
- ・世帯主の現住所、氏名、電話番号を記入してください。

認印を押印してください。

<精神医療給付金支給申請書>

※金額(×の箇所)は審査後に確定するため記入しないでください。

起案番号

国保結核・精神医療給付金請求書

下記の金額のとおり請求いたします。

世帯主の現住所、氏名、電話番号を記入してください。

認印を押印してください。

世帯主のお振込先口座についてご記入ください。
※世帯主以外の名義の口座を指定される場合は「委任状」が必要です。

日野市長 殿	世帯主	住所 氏名 電 話	印	
	×の箇所は記入しないでください。			
下記の口座に振込んでください。				
振込口座	銀行・信金 信組・農協			支店 出張所
	金融機関コード	支店コード	預金種類 (○で囲む) 1.普通 2.当座 3.貯蓄	口座番号 (右づめ)
	口座名義	フリガナ		