

公費医療・市区町村医療助成制度受給通知書

受付日付印

年 月 日提出					
被保険者氏名		印	記号	番号	
該当者	該当者氏名		続柄		
	該当者生年月日		居住所	都道府県	市郡区
助成内容	公費・医療助成の種類		1.乳幼児・子ども医療助成事業 2. 心身障害者医療助成事業 3. 老人医療費助成事業 4. その他()		
	該当期間		平・令 年 月 日 から 平・令 年 月 日まで		
	受給方法		<input type="checkbox"/> 現物給付 <input type="checkbox"/> 償還払い		

記号・番号は健康保険証の氏名の上をご覧ください

- ・現物給付:市区町村発行の「医療証」等を医療機関に提示することにより窓口で自己負担を支払わなくて良い。
- ・償還払い:医療機関窓口で一旦自己負担分を支払い、後日、市区町村等に請求し返還を受ける。

※ここに市区町村から発行された「医療証」等の写しを貼付してください。
表面(該当期間が記載されている面)のみ

必ず、写しを添付してください

この通知書に記載された個人情報、本通知書に係る業務処理の目的にのみ使用します