

令和 3 年 4 月 27 日

大阪鍼灸マッサージ協同組合 様

尼 崎 市 役 所

療養費の医療費助成申請書の送付について（通知）

平素は、本市福祉医療行政にご理解とご協力をいただき、ありがとうございます。

さて、療養費の医療費助成申請（委任払い）について、福祉医療課の所定の医療費助成申請書をご提出いただいておりますが、申請書の様式が新しくになりましたので送付いたします。

印鑑の押印が省略となりますので、できるとき速やかに新しい申請書に切り替えていただきますようお願いいたします。

以 上

福祉医療課

担当 高嶋

(06) 6489-6359

医療費助成申請書（高障）

太枠のみ記入し、記入事項がすでに印刷してあるところは、該当する事項を○で囲んでください。

負担者番号	28003	受付印	
受給者番号			
フリガナ			
受給者氏名			
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	保険者名	兵庫県後期高齢者医療広域連合
		保険者番号	39282025
		被保険者番号	
申請理由	1. 兵庫県外の医療機関で受診した 2. 証未提示 3. はり・きゅう・あんま・マッサージ 4. その他()		
診察区分	1. 医科 2. 歯科 3. 調剤 4. 柔整・その他()		
診療期間	平成 令和 年 月 日から 平成 令和 年 月 日		
添付書類	医療機関等の発行する領収書又は証拠書類等を添付してください。		

上記のとおり医療費の助成を申請します。
なお、支払いは私(口座名義人)の下記振込先金融機関へ口座振替してください。
口座名義人が異なる場合は口座名義人を代理人と定め、上記請求により尼崎市から
受ける医療費を受領することを委任します。

尼崎市長様

令和 年 月 日

申請者 ㊦
(受給者)

住所 尼崎市

氏名

TEL - -

振込先	銀行 信用金庫 農協	本店 支店 出張所	預金種別	1 普通 2 当座 3 貯蓄
			口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人			

下欄は記入しないで下さい。

一般		一部負担金	円		
低所得		支給決定額	円		
		市負担	円		
令和 年 月 日		課長	係長	係	受付
上記のとおり決定します。					