

子ども
奈良市 心身障害者 医療費助成金交付請求書
ひとり親家庭等

記入例

令和 2 年 2 月 23 日

(宛先) 奈良市長

請求者 住所 奈良市 二条大路南一丁目1番1号

保護者

氏名 奈良 県太郎

電話 0742 - 34 - 1111

金 ※記入不要です 円

受診した人

必ず押印!

ただし、令和2年1月分 医療費助成金を上記の通り交付されるよう請求します。

受給者番号	1234567 ※受給資格証に記載されています	受給者氏名	奈良 市太郎
医療保険 名称	〇〇〇〇〇健康保険組合	医療保険 記号番号	記号 1234 番号 56789
		生年月日(昭和・平成・令和)	30 年 10 月 6 日

ここから下は何も記入しないでください。

医療機関等の領収証を添付	医療機関名	日数	総点数	自己負担額	一部負担金
	①				
	②				
	③				

【請求書をご記入いただく際の注意点】

- ・請求書はお一人、一月ごとにご記入ください
- ・請求書には医療機関発行の領収証(コピー可)を添付してください
- ・請求書には必ず押印をお願いします
- ・治療用補装具、弱視用眼鏡の請求の際は下記の書類を添付してください(すべてコピーでも可)
 - 意見書・装着証明書(眼鏡の場合は作成指示書)
 - 領収証
 - 健康保険組合からの7割(8割)分の支給決定通知(奈良市国保加入の方は不要)
- ・入院等で医療費が高額になっている場合、こちらからご連絡させていただく場合があります
- ・学校等でのおケガなどで日本スポーツ振興センターの災害共済給付制度を利用される場合は、医療費助成金の請求はできません
- ・医療費助成金の請求は、医療機関等でのお支払日の翌日から起算して5年で時効となります