

## みまっこ医療療養費請求書

年 月 日

美馬市長 様  
(請求者)住所 美馬市

氏名  
(電話 )

美馬市みまっこ医療費の助成に関する条例施行規則第11条の規定に基づき、みまっこ医療療養費として次のとおり請求します。

みまっこ医療療養費請求額		一金		円也	
受 療 区 分		入院・外来・調剤・コルセット等			
受 療 年 月		年 月分			
受 療 者	受給者番号		加 入 保 険	被保険者名	
	氏 名			保険証記号番号	
	生年月日	年 月 日		保 險 者 名	

上記請求によるみまっこ医療療養費を下記の預金口座に振込みを依頼します。

口座振込先	銀行・農協	支店・支所	当・普
	番号	名義人(カナ)	

児童手当の振込口座と同じ口座に振込みを依頼します。

### 助成算定額

一部負担金額	-	付加給付額	=	助成決定額
円		療養費支給額		円
		助成対象者負担額		円

(備考)

- (注) 1 受療者の健康保険証の写しを添付してください。  
 2 医療機関等で発行された領収書を添付してください。  
 3 治療用装具等について保険給付のある場合には、「療養費支給証明書」を添付してください。