

年 月 日

松原市長 殿

ひとり親家庭医療費支給申請書
及び口座振込依頼書

公費負担者番号	
受給者番号	

申請者 住所 松原市
氏名 _____ (印)
電話 _____

下記のとおり医療費の支給を申請します。
なお、口座振込によって支払ってください。

受給者				生年月日		
加入 医療 保険	被保険者			種別	協・組・日・船・共・国・国組・自・特定・後期	
	記号		番号		保険者番号	
	負担割合	割	付加給付	有・無	保険者名	
口座 振込	銀行・信金 信組・農協		コード欄		預金種目	普通・当座・貯蓄
					口座番号	
	支店 出張所				口座名義人 (カタカナ)	

委 任 状 欄	年 月 日					
	支給される医療費の受領に関する一切の権限をに委任します。					
	申請者 住所 _____ 氏名 _____ (印)					