

高 山 市 1 9 歳 高 校 生 医 療 費 支 給 申 請 書

年 月 日

（あて先）高山市長

申請者 住所 高山市
（保護者）

氏名
（電話 — — ）

下記のとおり診療等を受けたので、医療費の助成申請をします。

対象者 （受診者）	氏 名		振 込 先	銀行名・支店名	
				口座番号	
	生 年 月 日	. .	口座名義		

医 療 費 内 訳（医療機関ごとに記入）						
外 来	診療 年月	保 険 総 点 数	左記のうち公費負担 対象点数（再掲）	本 人 一 部 負 担 額		
	.	点	点	円		
	.	点	点	円		
入 院	診療 年月	保 険 総 点 数	左記のうち公費負担 対象点数（再掲）	本 人 一 部 負 担 額		
	.	点	点	円		
	.	点	点	円		
<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">医療機関名</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> </table>					医療機関名	
医療機関名						
※在学		※加入保険		※助成額		

※印欄は記入しないこと。

[添付書類]

- ・ 医療機関の領収書等
- ・ 在学証明書（申請月に発行したもの）又は退学証明書
- ・ 加入健康保険情報が確認できるもの（資格確認書、マイナポータル画面の写し など）
- ・ 振込先が確認できるもの