

重度障がい医療費支給申請書

年 月 日

大川市長 様

申請者 住 所

氏 名

T E L ()

次のとおり、（一部負担金・療養費）を支払いましたので、障がい者医療費の支給を申請します。

受給者番号		世帯主	
氏 名	続柄： 性別：	個人：	
住 所	TEL		
被保険者 氏 名	個人： 性別：		
住 所	TEL		
保険者番号	記 号	番 号	
種 別			保険有効日
保 険 者			保険喪失日

傷 病 名		年 月 日から 年 月 日まで	給付の種類	1. 医 科 2. 歯 科 3. 調 剤 4. そ の 他
	療養期間			

医 療 機 関	<input type="checkbox"/> 領収書のとおり 所在地 名称
---------	---

申 請 理 由 〔 該当番号を 〕 〔 ○で囲む 〕	1. 医療保険各法による療養費が支給された 2. 県外の保険医療機関等で受診した 3. その他 ()
----------------------------------	---

療養に要した 費 用	○医療費総額 _____ 円	○申請額 _____ 円
---------------	----------------	--------------

保険者負担	一部負担金	高額療養費	他法負担	自己負担額	端数調整	支 給 決 定 額

振 込 先	金融機関名		
	口座番号	フリガナ	口座名義人