

医療費支給申請書

申請額 金 円

移・身・精・乳・こども・母・高身・高精

フリガナ											
受給者氏名				受給者番号							
生年月日	年 月 日										
保険者の名称				保 険 種 別							
被保険者等の記号番号				政・組・日・船・共 国組・国保（ ）							
医療機関（診療科） 薬局等の名称・所在地				医療を受けた 期 間	年 月 日						
					年 月 日						
					年 月 日						
医療に要した費用	自己負担額 （本人支払額）	自己負担額	医療費支給額	日							
円	円	円	円	入院 外来							
添付書類	1 保険医療機関等において発行された領収書			その他	歯 科						
	2 医療保険が療養費払いの場合には療養費支給証明書			ハリ・灸	調 剤						
	3 家族療養費附加金等がある場合は、附加給付等支給証明書			高額療養費	補 装 具						
<p>上記により医療費の支給を申請します。 なお、支払いは、下記の名義人の預金口座へ振り替えてください。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>福崎町長様</p> <p style="text-align: center;">申請者 住 所 福崎町</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p style="text-align: center;">電話番号</p>											
振 込 先	金融機関番号					店番号				預金種別	普 通
		銀行			本店			口座番号			
		信用金庫			支店						
	農協			出張所							
	フリガナ										
	口座名義人										

※太枠内を記入してください。