

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 | | | | 受給者番号 | | | | | | | |
| 受給者氏名 | | | | | | | | | | | |
| 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。