

医療費支給申請書

申請額 金 円

老人・移・身・精・乳・子ども・母・高身・高精

フリガナ							
受給者氏名		受給者番号					
生年月日		大・昭・平・令 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		令和 年 月 日 令和 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	
		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;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">兵庫県神崎郡福崎町長 様</p> <p style="text-align: center;">申請者住所 神崎郡福崎町</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名 _____</p> <p style="text-align: center;">TEL () _____</p>							
受取方法	口座振込	銀行		支店		預金種別	普通・当座
	窓口	信用金庫 兵庫西農協		出張所 支所		口座番号	
フリガナ							
口座名義人							