

(子ども・重度障がい者・ひとり親家庭等) 医療費支給申請書

令和 年 月 日

直 方 市 長 様

申請者 住 所

氏 名

TEL ()

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

受給者番号										
本人氏名				生年月日	昭 平 令	年 月 日	性別	男・女		
本人住所	直方市									
被保険者氏名										
被保険者住所	☐ 本人住所と同じ（異なる場合は記入）									
保 険 者	国 保・健康保険組合 協会けんぽ・共済組合					記 号				
						番 号				
振込先	金融機関名	銀行・信用金庫・農協					本店 支店			
	口座番号	普通 当座		口座名義人 (カタカナ)						

以下保険者使用欄

傷 病 名						
療 養 期 間	平・令 年 月 日から 平・令 年 月 日まで 日間			給付の種類	1. 医科（入・外） 2. 歯科 3. 調剤 4. はり・きゅう 5. あんま・マッサージ 6. 補装具（入・外）	
医 療 機 関	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. 三者併用 4. その他（ ）					
療 養 に 要 し た 用 費	○ 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	違 算	支 給 決 定 額