

第3号様式(第5条関係)

(精) 医療費支給申請書

年 月 日

日進市長 宛て

申請者 住所 _____

氏名 _____

受給者との続柄()

電話() _____

次のとおり医療費支給を申請します。

受給者	受給者番号		加入医療保険	保険証の 記号番号		
	住所			被保険者 氏名		
	氏名			保険者名		
	生年月日	年 月 日		付加給付 の状況	有 ・ 無	
医療機関		所在地 名称				
医療費総額		円				
申請額		円				
口座振込希望 の金融機関等		(銀行等コード) (銀行名等) 銀行・信用金庫 農業協同組合		預金種類	普通・当座	
				口座番号		
				(フリガナ) 口座名義		
申請理由		<input type="checkbox"/> 県外受診 <input type="checkbox"/> 受給者証不携帯での受診 <input type="checkbox"/> 受給者証非取扱機関での受診 <input type="checkbox"/> 補装具 <input type="checkbox"/> その他				
①医療費 総額	②結核、精 神等による 公費負担額	③自己 負担割 合	④自己 負担額 ①-②×③	⑤高 額療 養費	⑥家族療 養付加金	⑦支給決定額 (④-⑤-⑥)
円	円	割	円	円	円	円