

第3号様式(第5条関係)

障害者医療費支給申請書

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	
	(支店等コード) (支店名等)  本店・支店 出張所・支所			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