第 3 号様式(第 5 条関係)

㊈医療費支給申請書

年　　月　　日

日進市長　　あて

申請者　住所

氏名

受給者との続柄(　　　　　)

電話(　　　)　　　—

下記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		附加給付の状況	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 (支店等コード) (支店名等) 本店・支店 出張所・支所	預金種類	普通・当座
		口座番号	No.
		(ﾌﾘｶﾞﾅ) 口座名義	
申請理由	□県外受診　□受給者証不携帯での受診　□受給者証非取扱機関での受診□補装具　□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家族療養附加金	⑦支給決定額 (④-⑤-⑥)
円	円	割	円	円	円	円