

見本

障害者医療費支給申請書

※太枠内をご記入ください。

(あて先)北名古屋市長

令和 年 月 日

住 所 北名古屋市

申 請 者 氏 名

電話番号 () -

下記のとおり関係書類を添えて申請します。

受給者	受給者番号		加入医療保険	記号番号	この欄は記入不要です。 健康保険証(写)を同封してください。
	フリガナ			被保険者氏名	
	氏名			保険者名 ・番号	
	生年月日	年 月 日 男・女		附加給付	
	住所				
区分	入院・入院外	療養期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間		
医療機関等	所在地 名称				
医療費総額	該当するものをご記入ください 【記入例】				
申請額	・県外受診のため ・治療用装具作製のため ・受給者証交付前受診				
申請理由					
振込先 金融機関	(金融機関名)	口座番号	普通 当座		
	(支店・営業所名)	フリガナ			
	同封する領収書の枚数を ご記入ください。	口座名義人			

処理欄	受付	

領収書枚数 枚

障害者医療費支給申請書

令和	年	月	日
----	---	---	---

(あて先)北名古屋市長

住 所	北名古屋市
申 請 者 氏 名	
電 話 番 号	() -

下記のとおり関係書類を添えて申請します。

受 給 者	受 給 者 番 号				加 入 医 療 保 険	記 号 番 号													
	フリガナ					被 保 険 者 氏 名													
	氏 名					保 険 者 名 号 ・ 番 号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>												
	生 年 月 日	年	月	日		男・女	附 加 給 付	有 ・ 無											
住 所				区 分	入院 ・ 入院外	療 養 期 間		令和	年	月	日から								
医 療 機 関 等	所在地 名 称																		
医 療 費 総 額	円																		
申 請 額	円																		
申 請 理 由																			
振 込 先 金 融 機 関	(金融機関名)					口 座 番 号	普通 当 座												
	(支店・営業所名)									フリガナ									
						口 座 名 義 人													

処理欄	受 付	

領収書枚数	枚
-------	---