

第1号様式(第3条関係) 子ども
 第1号様式(第4条関係) 障害者
 第4号様式(第6条関係) 障害者
 第4号様式(第6条関係) 精神障害者
 第4号様式(第9条関係) 後期高齢者福祉

医療費支給申請書

令和 ○ 年 ○ 月 ○ ○ 日

知多市長様

記入者について

住所 知多市 緑町1

申請者
(窓口
こられた人)

氏名 知多 梅子

ご加入の健康保険証についてご記入ください。

医療費受給者証に記載してあります。

(受給者との続柄 本人)

(電話番号 1234-56-7890)

次のとおり医療に要した費用の額に関する証拠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	保険者番号	◇ ◇ ◇ ◇ ◇ ◇ ◇ ◇
	フリガナ	千 タ ウ メ コ		保険者名称	知多 全国健康保険協会 健康保険組合 共済組合
	氏名 (子ども氏名)	知多 梅子		記号・番号	■■■■■■ ■■■■
	個人番号				
	生年月日	T (S)・H・R △年 △月 △△日			
金融機関支店	知多市役所 梅子	種別	口座番号	フリガナ 口座名義人	
	銀行 農協 信用金庫	① 普通 ② 当座	0 1 2 3 4 5 6	千 タ ウ メ コ 知多 梅子	
内容	振込を希望される口座についてご記入ください。 (受給者本人以外の口座でも構いません。)		日まで	日数	日間
	所在地	医療種別	01 病院	02 歯科	03 養老調剤
	診療科		04 治療材料	99 その他(移送)	
	入院外 費				
内容	診療 医療				日間
	所 診				(移送)
	入院 費				金額
処理欄	課				
受付					負担割合
					割

記入不要