

- 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) 母子家庭等
- 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

住所 知多市

申請者
氏名
(窓口
こられた人)

(受給者との続柄)

(電話番号)

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																					保険者名称	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)																																
	個人番号																					記号・番号											
	生年月日	T	S	H	R	年	月	日																									
金融機関名 支店名			種別			口座番号						フリガナ 口座名義人																					
			銀行・農協 信用金庫 支店			1 普通 2 当座																											
内容	診療期間	令和 年 月 日 から 日 まで										日数	日間																				
	医療機関名称																																
	所在地											医療種別	01病院 02歯科 03薬局調剤 04治療材料 99その他(移送)																				
	診療科目	01内科 02外科 05皮膚科 07産婦人科 08耳鼻咽喉科 09眼科 10歯科 12神経科 13精神科																															
	入院外来区分	1 入院 2 外来																															
	費用額	保険給付額	高額療養費	附加給付額	一部負担金	支給決定額																											
内容	診療期間	令和 年 月 日 から 日 まで										日数	日間																				
	医療機関名称																																
	所在地											医療種別	01病院 02歯科 03薬局調剤 04治療材料 99その他(移送)																				
	診療科目	01内科 02外科 05皮膚科 07産婦人科 08耳鼻咽喉科 09眼科 10歯科 12神経科 13精神科																															
	入院外来区分	1 入院 2 外来																															
	費用額	保険給付額	高額療養費	附加給付額	一部負担金	支給決定額																											

処理欄	課長											起案者	次のとおり決定し、通知してよろしいか。										
													支給決定額	却下(理由)									
													起案年月日	令和									

受付場所

課長				受付者			

国保支払 確認	負担割合
	割