

重度障がい者医療費支給申請書及び口座振替依頼書

年 月 日

河南町長 様

住 所 _____

申請者 氏 名 _____ 印

続柄（対象者との） _____ 電話 _____

下記のとおり医療費の支給を申請します。

なお、下記のとおり口座振替によって支払ってください。

※申請者の欄および太線わく内について記入してください。

対象者	氏 名		電 話	
	住 所			
加 入 医 療 保 険	世帯主・被保険者等		保険種別 協会けんぽ・組・日・船・共・国	
	記号番号		発行機関	
	自己負担割合 割		附加給付 有 ・ 無	
口 座 振 替	振込先 農協 銀行 支店		預金種目	普 通 ・ 当 座
			口座番号	
			口座名義人(かたが)	
医療機関の窓口 で医療費を支払 った理由				医療費支給申請額 円

※右の領収書は、医療機関等に
いて記入してもらってください。

領 収 書 (記入しがたい場合は記入不要)	傷病名	診療区分 医科・歯科・薬剤・その他 入院・入院外	診療期間 年 月 日から 年 月 日まで
領収金額 ¥ ただし、()にかかる 年 月分保険診療一部 負担金	保険診療 総点数 点	公費負担区分 (結核・精神等) 点	医療費総額 円
医療機関等	住 所 名 称 氏 名 印		

決 裁	課長 係長 係	※上記の領収書に変わる証明書等が あれば添付してください。	受 付
	本件について支給してよろしいか。 年 月 日		
		支 給 決 定 額 円	