

子ども・障害者・ひとり親 医療費支給申請書

大 牟 田 市 長 殿

年 月 日

別紙領収書のとおり（一部負担金・療養費）を支払いましたので、医療費の支給を申請します。

申請者 住 所 大牟田市

氏 名

届出人 氏 名 ()

(連絡先)

受給者番号		受給者氏名	
被保険者証等の記号・番号		被保険者等氏名	
傷病名		申請理由 (該当する番号)を○で囲む	1 国民健康保険による療養費が支給された 2 社会保険各法による療養費が支給された 3 県外の医療機関等で受診した 4 その他 ()
療養月	年 月		
医療機関名		申請額	円
医療費の振込先金融機関	銀行 本店 支店 金庫		(委任状) 医療費の受領を左記の口座名義人に委任します。 年 月 日 受給者氏名
	口座番号	種別 普通	
	フリガナ		
	口座名義人		

振込先等について、該当する番号を囲んでください。 1 新規 2 変更なし 3 変更あり

注 申請者の氏名は、記名押印に代えて自署することができます。

連 絡 票	総医療費	支給区分	区分1	区分2	区分3	支払方法	保 険 種 別	診 療 科 目	区分1	1	2	3	4	5
									薬剤一部負担	1				
法定給付		受給者番号							区分3	1 入院	2 外来			
高額療養費		診療年月							支払方法	1 口座	2 窓口			
附加給付		医療機関コード							保険種別	10国保一般	11国保退	20社保本人	21社保扶養	30国保組合
他法負担額		支払年月日												
給付外金額		診療科目	1 内 科	2 外 科	3 整形外科	4 眼 科	5 循環器科	6 呼吸器科						
支給金額			7 胃 腸 科	8 耳鼻咽喉科	9 放射線科	10 脳 外 科	11 神 経 科	12 精 神 科						
			13 理学診療科	14 消化器科	15 皮 膚 科	16 産婦人科	17 小 児 科	18 その他						