様式第６号（第13条関係）

No.

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 金庫　　本店 支店			（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

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	
薬剤一部負担			1							
法定給付		受給者番号								
高額療養費		診療年月								
附加給付		医療機関コード								
他法負担額		支払年月日	.　.　.							
給付外金額										
支給金額										

区分1	1　2　3　4　5
区分2	1医科　2歯科　3調剤 4柔整　5訪問　6長 7その他
区分3	1入院　2外来
支払方法	1口座　2窓口
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

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 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