

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	_____
資格情報 (記号・番号)	_____	被保険者等氏名	_____
傷病名	_____	申請理由	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	(該当する番号) を○で囲む	
医療機関名	_____	申請額	_____ 円
医療費の 振込先 金融機関	銀行 本店 金庫 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	_____	区分1	1	2	3	4	5	
	薬剤一部負担	_____	1	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	区分2	1 医科	2 歯科	3 調剤	4 柔整	5 訪問	6 健
	法定給付	_____	受給者番号		_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	区分3	1 入院	2 外来	7 その他			
	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				
	他法負担額	_____	支払年月日		_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____		20 社保本人	21 社保扶養				
	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 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																			
	支給金額	_____																					

