

大牟田市長殿

年 月 日

申請者 住 所 大牟田市

氏 名 _____

届出人 氏 名 ()

(連絡先)

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 種	陰 別	診療 科目	療 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 優 7 その他					
	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 ヲ 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 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																	