（ 移 ・ 障 ・ 乳 ・ 母 ・ 高 ・ こ ）　　　　　　□身元確認済（個・免・保（　　　））

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□代理権確認済（　　　　　　　　 　）

福祉医療費

高齢重度障害者医療費 支給申請書（　　　　年　　月診療分）

こども医療費

療費

申請額　　　　　　　　　　　　　円

（ 町単分：　　　　円 ・ 県単分:　　　　円 ）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者性別  生年月日・年齢  （個人番号） | | | | 男  ・  　女  年　　月　　日  [ 小・中・高　　　年]　 　歳  　　　　　　　（　　　　　　　　　　　） | | | | 受給者  番号 | | |  | | |
| 区　　　　分 | | | 一般 ・ その他(　　 ) | | |
| 保険者の名称  （保険者番号） | | | | （　　　　　　　　　　） | | | | 保険種別 | | | 国保 ・　 社保  後期高齢者医療 | | |
| 被保険者証等の  記号・番号 | | | |  | | | | 一部負担  の割合 | | | 割 ・ 高額 | | |
| 医療機関（診療科）  薬局等の名称・所在地 | | | |  | | | | 医療を受けた  期　　　　間 | | | 年　 月　 日から  年　 月 日まで  （　　　　　日 ） | | |
| 総医療費 | | 自己負担額  (本人支払額) | | | 一　　　部  自己負担額 | | 高額療  養費等 | | 福祉医  療費  支給額 | | | 種　　　類 | |
|  | |  | | |  | |  | |  | | | 入院　外来  歯科　調剤 (　　) | |
| 添付書類　１　保険給付がなされることを証明した書類  ２　保険医療機関等において発行された領収書  ３　医療保険が療養費払いの場合には、療養費支給証明書  ４　家族療養費付加金等がある場合は、付加給付等支給額証明書 | | | | | | | | | | | | | |
| 香美町長　　 　様  上記により医療費の支給を申請します。  　　　　　　　　年　　月　　日  申請者　　　住　　所  氏　　名  　　　　　　　　　　　　　　　　 印個人番号（　　　　　　　　　　　　　　　）  　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　 （　　　　） | | | | | | | | | | | | | |
| 振込先 | 金融機関名  （支店名） | |  | | 口　座  番　号 | 普 ・ 当 | | | | (フリガナ)  口座名義 | | |  |
|  | | | |