

(移 ・ 障 ・ 乳 ・ 母 ・ 高 ・ こ)

☐身元確認済(個・免・保())

福 祉 医 療 費

☐代理権確認済()

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

申請額 円

(町単分: 円 ・ 県単分: 円)

受給者氏名・性別 生年月日・年齢		男・女 年 月 日 [小・中・高 年] 歳	受 給 者 番 号				
			区 分		一般 ・ その他()		
保 險 者 の 名 称 (保 險 者 番 号)		()		保 險 種 別		国保 ・ 社保 後期高齢者医療	
健 康 保 険 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	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 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	