

(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

申請額 _____ 円

(町単分: _____ 円 ・ 県単分: _____ 円)

受給者 ^{フリガナ} 氏名性別 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	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 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	

