

障害者医療費支給申請書

年 月 日

宮若市長 殿

申請者 住所

氏名

電話

次のとおり、(一部負担金・療養費)を支払いましたので、障害者医療費の支給を申請します。

障害者医療証 の受給者番号		被保険者証等の 記号・番号	
受給者氏名	年 月 日 (歳)	世帯主、 被保険者等 氏 名	
傷 病 名			入院・外来
	療養期間	年 月 日から	年 月 日まで
医 療 機 関	所在地 名 称		
医 療 費 総 額	円	申 請 額	円
申 請 理 由 該 当 する 番 号 を ○ で 囲 む	1 医療保険各法による療養費が支給された 2 県外の医療機関等で受診した 3 その他 ()		
振込先	銀行・金庫・農協	支店 普・当 No.	名義人(カナ)