

電 算

重度心身障がい者 ひとり親家庭等 医療費支給申請書

七飯町長様

年 月 日

申請者 住所 七飯町

氏名

受給者との続柄

T E L

重度心身障がい者
ひとり親家庭等 医療費の支給を受けたいので証拠書類を添えて申請及び請求します。

記

申 請 者	受 給 者	受給者番号			医療保険記号・番号			
		住所	七飯町					
		氏名			生年月日	大・昭 平・令	年	月 日
請 内 容	医 療 を 受 け た 病 院 等	名称						
		所在地						
内 容	診 療 の 内 容	入院別	入院・入院外	療養の期間	自	至	年 月 日	
		発病の原因				療養日数	日	
		療養に要した費用	円					
容	医 療 費 の 支 払 方 法	1 口座払	金融機関名	銀行 農協 支店				
		2 現金払	口座番号	No.	名義人			
※ 決 定 欄	課長	主幹	係長	合議	係	決定年月日	年 月 日	
	1 上記申請内容を審査の結果、次のとおり支給する。							
	2 次の理由により上記申請を却下する。							
	支給決定	総医療費	保険給付費	高額療養費	付加給付及び 保険対象外額	初診時 一部負担金	支給決定額	
却下理由								

(注) 申請者は、※欄に記入しないでください。