

様式第8 その2 (第9条関係)

心身障害者 }  
 母子家庭等 }  
 精神障害者 }

医療費支給申請書

受給者番号	
-------	--

年 月 日

(宛 先) 小牧市長

申請者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

電 話 \_\_\_\_\_

次のとおり別添証拠書類を添えて申請します。

受給者	フリガナ				生年月日	年 月 日
	氏 名					
	個人番号					
加入保険	保険者名 (保険者番号)				記号番号	
	被保険者 氏 名				附加給付	有・無
口座振込希望 の金融機関	銀行 信用金庫 農業協同組合	本店 支店 出張所	種別	1 普通 2 当座	口座番号	
			フリガナ			
			口座名義人			
※医療等 の状況	傷病名	通院区分	入院・入院外	療養期間	年 月 日から 年 月 日まで	
	医療機関	所在地 名 称				
	申請理由	1 医療保険において療養費等が支給されたため 2 県外受診のため 3 受給者証交付前受診 4 その他 ( )				
※①医療費総額	※②保険者 負担割合	※③負担額 ①×②	※④自己(一 部) 負担額①-③	※⑤高額療養費 又は附加給付金	※支給申請額 ④-⑤	
円	割	円	円	円	円	
※ 区 分					※支給決定額	
1 一般	2 歯科	3 調剤	4 整 はり・きゅ う	5 補装具	円	

(注) ※印の欄は、記入しないでください。

※ 本人の預金口座なきため \_\_\_\_\_ の口座へ振込ください。

本人死亡のため (続柄 )  
 住 所  
 氏 名

※申請書記入者 氏 名 (続柄 )  
 連 絡 先

受付		確認			
----	--	----	--	--	--