

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	XXXXXXXXXX
-------	------------

令和 X年 XX月 XX日

「受給者番号」、「申請者」、「対象者」、「加入保険」及び「口座振込希望の金融機関」について記入してください。
申請時は保険の資格確認書又は資格情報のお知らせ(通知)の写しを添付してください。

申請者住所 小牧市〇〇〇〇〇〇
 受給者氏名 小牧 太郎
 又は保護者氏名 _____
 電話 〇〇-〇〇〇〇

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	コマキ ジロウ			生年月日	平成22年 〇月 X日
	氏名	小牧 次郎				
	個人番号	XXXXXXXXXX				
加入保険	保険者名 (保険者番号)	〇〇健康保険組合 (XXXXXXXX)			記号番号	XX 〇〇〇
	被保険者氏名	小牧 太郎			附加給付	有・無
口座振込希望の金融機関	〇〇〇 銀行 〇〇 本店 支店 出張所	種別	1 普通	口座番号		
			2 当座	1 2 3 4 5 6 7		
		フリガナ	コマキ ジロウ			
		口座名義人	小牧 次郎			
※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 柔整 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)

受給者様名義の口座でない場合はこちらも
ご記入ください

住所
氏名

※申請書記入者

氏名
連絡先

(続柄)

受付		確認			
----	--	----	--	--	--