

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 | ××××× |
|-------|-------|

令和 ×年 ×月 ×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○○○○○○
 受給者 氏 名 小牧 太郎
 又は 保護者 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 | コマキ ジロウ | | | 生年月日 | 平成22年 ○月 ×日 | |
| | 氏名 | 小牧 次郎 | | | | | |
| | 個人番号 | ×××××××××××× | | | | | |
| 加入保険 | 保険者名 (保険者番号) | ○○健康保険組合 (×××××) | | | 記号番号 | ×× ○○○ | |
| | 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 | | ○○○ 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 | |
| | | | | | | 1 2 3 4 5 6 7 | |
| | | | | | | コマキ ジロウ | |
| | | | | | | 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 | 円 | |
| ※区分 | | | | | | | ※支給決定額 |
| 1 一般 | 2 歯科 | 3 調剤 | 4 整形 はり・きゆう | 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 | | |
|----|--|----|--|--|