

医療費支給申請書

医療費区分	<input checked="" type="checkbox"/> 子ども <input type="checkbox"/> 母子・父子家庭		<input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 後期高齢者		加入医療保険	保険者番号	
	保護者					保険者名	
受給者番号					申請理由	記号番号	
(ふりがな)						<input type="checkbox"/> 医療費 (中学生・16歳～18歳) <input type="checkbox"/> 補装具による療養のため <input type="checkbox"/> 県外診療のため <input type="checkbox"/> その他()	
受給者名							
生年月日							
申請額の内訳	診療年月	入外区分	申請額	備考			
	月	入・外	円				
	月	入・外	円				
	月	入・外	円				
	月	入・外	円				
	月	入・外	円				
	月	入・外	円				
	計		円				
(宛先) 愛西市長 上記のとおり、医療に要した費用の額に関する証拠書類を添えて申請します。 年 月 日 住所 愛西市 申請者(居住地) 氏名 電話()							
上記の申請に基づく医療費の受領を次の代理人に委任します。 (受給者氏名) (代理人住所) (代理人氏名) (続柄:)							
口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 農協				本店 支店 出張所		
	種目	口座番号(右寄せ)			口座名義人(ふりがな)		
	1 普通預金				-----		
	2 当座預金				-----		
	3 その他				-----		
資格取得事由	1 転入 2 その他() (資格取得事由発生日 年 月 日)						
備考	<p style="text-align: right;">住民基本台帳 確認者 印</p>						