

# 子・障・親 医療費支給申請書

年 月 日

広川町長宛

申請者 住所 八女郡広川町大字

氏名 \_\_\_\_\_ ㊟

電話番号 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

次のとおり、(一部負担金・療養費)を支払いましたので、医療費の支給を申請します。

|           |  |         |                  |  |
|-----------|--|---------|------------------|--|
| 医療証番号     | 4 0 1 0 3  |         | 被保険者証等の<br>記号・番号 |  |
| 受給者氏名     |  |         | 世帯主・<br>被保険者氏名   |  |
| 傷病名       |  |         |                  |  |
|           | 療養期間   | 年 月 日から | 年 月 日まで          |  |
| 医療機関      | 所在地<br>名称  |         |                  |  |
| 医療費<br>総額 | 円  | 申請額     | 円                |  |
| 申請理由      | 県外受診 就学児入院 他公費使用 医療証未提示<br>医科 歯科 調剤 看護 移送 補装具 生血 柔整 鍼灸 マッサージ その他 |         |                  |  |
| 備考        | 支給決定額 ¥  |         |                  |  |

|      |                  |                 |    |          |  |
|------|------------------|-----------------|----|----------|--|
| 預金口座 | 銀行・農協<br>信金・信組   | 預金種別            | 普通 | 口座<br>番号 |  |
|      | 本店・営業部<br>支店・出張所 | (フリガナ)<br>口座名義人 |    |          |  |