

様式第7号

- 後期高齢者
- 子ども
- 重度障害者
- ひとり親家庭等

医療費支給申請書

(年 月診療分)

筑後市長 様		年 月 日
住所 申請者 氏名		
(TEL)
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		被保険者 記号・番号
受給者氏名		保 険 者
生年月日	年 月 日	
個人番号	
療養期間	年 月 日 から 年 月 日 まで	
医療機関名	名 称	()
	所在地	
申 請 理 由	<input type="checkbox"/> 国民健康保険による療養費が支給された <input type="checkbox"/> 社会保険各法による療養費が支給された <input type="checkbox"/> 県外の医療機関で受診した <input type="checkbox"/> その他()	
振込先金融機関	金融機関名	<input type="checkbox"/> 座 番 号
	支店・本店名	フリガナ名 <input type="checkbox"/> 座 氏 名

【支給額計算欄(担当記入欄)】

医 療 費 総 額		円
他 法 負 担 額		円
保険者 負担額	法定給付(高額療養費を除く)	円
	高 額 療 養 費	円
	付 加 給 付	円
被保険者 負担額	定 額 負 担 金	円
		円
差 引 支 給 額		円