

受給者番号	9	1	6				
-------	---	---	---	--	--	--	--

精神障害者医療費支給申請書

令和 年 月 日

犬 山 市 長

住 所

申請者 氏 名

電話番号 (- -)

下記のとおり関係書類を添えて申請します。

受 給 者	住所							申請者との続柄		
	氏名					生年月日	大・昭 平・令	年	月	日
	個人番号									
被保険者証 の記号番号	記号					番号				
保 険 者 名	国民健康保険・国民健康保険組合 全国健康保険協会・健康保険組合 共 済 組 合 ・ () 支 部									
保 険 者 番 号										
医 療 費 総 額					円	(年 月診療分：入院・入院外)				
申 請 額					円					
口座振込先記入欄 (1、2のいずれかに○をつけてください。2の場合は金融機関名をご記入ください。)										
1	前回と同じ口座に振込み			金 融 機 関 名	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()				本店	
2	新規登録・口座変更 (いずれかに○をつけてください。)								支店	
口 座 番 号 等					フリガナ					
普 通 座 ()					口座名義					

※この欄は記入不要です

医療費総額①	保険給付費②	附加給付金③	高額療養費④		一部負担金⑤		支給決定額(①-②-③-④-⑤)
			多数該当	円	入院	円	円
			世帯合算		入院外		
			課 税				
			非 課 税				
【助成区分】		【療養期間】				受 付 印	
<input type="checkbox"/> 精 入院 (全額) <input type="checkbox"/> 精 入院 (1/2) <input type="checkbox"/> 精 通院 (全額) <input type="checkbox"/> 全 入院 (1/2・全額) <input type="checkbox"/> 全 通院 (1/2・全額)		年 月 日から 年 月 日まで 計 日				受 付	
【診療科】		【申請理由】					
医科・歯科・調剤・柔整・訪問看護		<input type="checkbox"/> 医療保険の給付 <input type="checkbox"/> 県外で受診 <input type="checkbox"/> その他 ()					