

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						
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 当 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				
			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】					
内科・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 (            )					