

様式第4 (第7条関係)

受給者番号	5	1	6				
-------	---	---	---	--	--	--	--

障害者医療費支給申請書

令和 年 月 日

犬山市長様

住所

申請者氏名 (印)

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	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 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		入院外		
			課税				
			非課税				
【療養期間】				【申請理由】			受 付 印
年 月 日から				<input type="checkbox"/> 医療保険の給付 <input type="checkbox"/> 県外で受診 <input type="checkbox"/> その他 ()			受 付
年 月 日まで 計 日							
【診療科】							
医科・歯科・調剤・柔整・訪問看護							