

太枠の中をご記入ください。

受付者 入力



国保 (一般 退職本人 退職扶養) 健保 (本人 扶養)

子 障 母 精 医療費支給申請書

※該当医療を○で囲む

受給者番号						
医療を受けた方の氏名				入 区	院 分	入 院 入 院 外
生 年 月 日	昭・平・令	年	月			
内 訳 区 分	医科	調剤	歯科	補装具	訪問看護	その他 ()
医療費総額	/				/	
	/				/	
	/				/	
				自己負担額 (病院に支払った金額) B	/	
				※AとBのうち、低い金額が申請額(支給決定額)となる。	/	
	合計			円	合計	円
A 医療費総額 × 自己負担割合 (1・2・3割)				円	申請額 (支給決定額)	円
医療機関名称	<input type="checkbox"/> 県外			診 療 月	平・令	年 月 分
振 込 先	銀行 信用金庫 農業協同組合 ()		()	支店	預金種別	普通 当座
			本店			
口座番号						
口座 名義人	カナ					
	漢字					
<p>上記のとおり医療に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。 (宛先) 西尾市長</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者 住 所 西尾市</p> <p style="text-align: right;">氏 名 _____</p> <p style="text-align: right;">電話番号 _____</p>						

※医療機関に証明書を記載してもらう場合は、裏面の「証明書」欄をご使用ください。

届出者確認 申請者本人 ・ 同居親族 ・ その他 申請者との関係 ()

証 明 書

円 ただし 月分保険診療一部負担金

傷 病 名			診 療 開 始 日	平・令 年 月 日
			本 月 診 療 実 日 数	日
診 療 内 容	区 分	保 険 診 療 総 点	他 法 負 担 金 (結核・精神)	診 療 期 間
	入 院	点	円	年 月 日から
				年 月 日まで
	外 来	点	円	年 月 日から
年 月 日まで				

上記のとおり領収したことを証明します。

令和 年 月 日

医療機関 住 所 _____

名 称 _____

氏 名 _____ ㊞