

# 重度障害者医療費支給申請書

久留米市長 宛て

申請者 住所 久留米市城南町15番地3

氏名 久留米 太郎 ㊞

TEL 0942 (30) 9000

受給者（未成年者の場合は保護者）の住所・氏名・電話番号を記入し、印鑑を押してください

次のとおり、（一部負担金・療養費）を支払いましたので、障害者医療費の支給を申請します。

医療証の受給者番号と氏名・続柄・性別・生年月日・住所を記入してください。

保険証の被保険者氏名・性別・生年月日・住所と保険証の記号番号・保険者番号・保険者名称を記入してください。

受給者番号	9080705		世帯主	久留米 太郎			
氏名	久留米 太郎		続柄：本人 性別：男	個人：	昭和 55 年 5 月 5 日生		
住所	久留米市城南町15番地3 TEL						
被保険者氏名	久留米 太郎		個人：男 性別：男	昭和 55 年 5 月 5 日生			
住所	久留米市城南町15番地3 TEL						
保険者番号	01400019	記号	1234567	番号	12		
種別				保険有効日	年 月 日		
保険者	全国健康保険協会 福岡支部			保険喪失日	年 月 日		
資格取得日	年 月 日		資格喪失日	年 月 日			
有効期間	年 月 日から		年 月 日まで				
療養期間	平成 24 年 2 月 3 日から		年 月 日まで		1 日間		
	<input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 外来						
医療機関	所在地 鳥 栖 市 名称 ○ ○ 医院						
申請理由	<input checked="" type="checkbox"/> 1 医科 <input type="checkbox"/> 2 歯科 <input type="checkbox"/> 3 調剤 <input type="checkbox"/> 4 特定疾病 <input type="checkbox"/> 5 訪問看護 <input type="checkbox"/> 6 看護科 <input type="checkbox"/> 7 治療用器具 <input type="checkbox"/> 8 その他 ( ) <input type="checkbox"/> 1 医療保険各法による療養費が支給された。 <input checked="" type="checkbox"/> 2 県外の保険医療機関等で受診した。 <input type="checkbox"/> 3 その他 ( )						
療養に要した費用	○医療機関で支払った自己負担分相当額 2,500 円			円			
法定給付(割)	高額(現物)	他法負担	自己負担額(支払分)	高額(現金)	附加給付	定額負担	支給決定額
			( )				

領収書の金額のうち保険適用分医療費の自己負担額を記入してください。  
\*薬の容器代、予防接種代などは保険外のため支給の対象となりませんのでご注意ください。

振込先	金融機関名	○ ○ ○		銀行 信用金庫 農協・信用組合	○ ○ ○		支店 支所 出張所
	口座番号	普通 当座 貯蓄	1234567	フリガナ	クルメ タロウ		
				口座名義人	久留米 太郎		

(WFIP2451) WFIP2451

(本・田・北・城・三・上・耳・筑・千・高)

★申請書は診療年月別・医療機関別・入院外来別に記入してください。

受付	入力	チェック