

重度障害者医療費支給申請書

年 月 日

久留米市長 宛て

申請者 住 所

氏 名

T E L ( )

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。

受給者番号				世帯主			
氏 名	続柄： 性別：			個人：	年 月 日生		
住 所	TEL						
被 保 険 者 氏 名	個人： 性別：			年 月 日生			
住 所	TEL						
保険者番号	記 号			番 号			
種 別				保険有効日	年 月 日		
保 険 者				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	年 月 日から			年 月 日まで 日間			
	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来						
医 療 機 関	所在地 名 称						
	1 医科 2 歯科 3 調剤 4 特定疾病 5 訪問看護 6 看護科 7 治療用器具 8 その他( )						
申 請 理 由 〔 該当番号を 〕 〔 ○で囲む 〕	1 医療保険各法による療養費が支給された。 2 県外の保険医療機関等で受診した。 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 _____ 円			○総医療費 _____ 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
			( )				

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			フリガナ	
					口座名義人	

(本・田・北・城・三・上・耳・筑・千・高)

受 付	入 力	チ ェ ッ ク