

重度障がい者医療費支給申請書

年 月 日

大 野 城 市 長 宛

申請者 住所

氏名 ㊟

TEL ()

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

医療証 の受給者番号		保険者名 (発行元)	
受給者名 氏		記号・番号	—
		世帯主、 被保険者、 組合員氏名	
生年月日	年 月 日		
傷病名			
	療養期間	年 月 日から	年 月 日まで
医療機関	名称		
	所在地（住所）		
医療費総額		申請額	
申請理由 該当する番号 を○で囲む	1. 医療保険各法による療養費が支給された 2. 県外の医療機関等で受診した 3. その他 ()		
振込先	金融機関名	銀行・農協・信用組合	
	支店名	支店・出張所	
	預金種別	普 当	口座番号
	口座名義人 カタカナ		