

重度障害者医療費支給申請書

令和 年 月 日

豊前市長 殿

申請者 住所

氏名

電話

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

受給者番号		被保険者証等の 記号・番号	
受給者氏名	保険者名称		
生年月日	大正・昭和 平成・令和 年 月 日	世帯主 被保険者等 氏名	
傷病名	療養期間 年 月 日から 年 月 日まで		
医療機関	所在地		
	名称		
医療費総額	円	申請額	円
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	銀行名		
	支店名		
	口座番号		
	名義人(カナ)		
<input type="checkbox"/> 前回と変更なし			