

重度障害者医療費申請書兼請求書

年 月 日

松田町長 殿

住 所

申請者(保護者) 氏 名 (印)

受給者との続柄

電話番号

下記のとおり療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請及び請求します。

被保険者証種別		療養給付を受けた者の氏名		世帯主との続柄	
生年月日	年 月 日生	年 齢		性別	男・女
療養期間	年 月 日 から 年 月 日 まで (月診療分)			入院	
				外 来	
診療薬剤の支給又は手当を受けた病院名、診療所、薬局その他の者の名称及び所在地					
添付書類	領収書、その他の証明書(請求明細書)附加給付支給証明書				
保険負担割合	割	支給額	円		
備考	上記のうち薬剤負担金額は				円

振込依頼先

金融機関名	銀行・信用組合 金庫・農業協同組合		本店
預金の種類	1 普通	フリガナ	
	2 当座	通帳名義人	
口座番号			