年　　月　　日

# 医 療 費 支 給 申 請 書

（あて先）寝屋川市長

〒　　ー

申請者　住　所

氏　名　　㊞

続　柄　　連絡先

次のとおり医療費の支給を申請します。

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 公費区分 | □　老人(　　)　□　子ども　□　ひとり親　□　重度障害　□　小児慢性 | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | | 受給者番号 | | | | | | | | | | |
| 受給者氏名 | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 加入医療保険 | 被保険者氏名 | | 付加給付金 | 有　・　無　　円 |
| | 記 号 番 号 | | 保険者番号 | |
| | 保険種別 | 協・組・共・国・国組・後期・他 | 負担割合 | 割 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 振込先 | 金融機関　（□ 前回と同じ口座に振込希望）<br>銀　行<br>支　店 | 預金種別 | 普通　・　当座 |
| | | 口座番号 | |
| | | フリガナ | |
| | | 口座名義 | |

※事務処理欄（以下は記入しないでください）

| 区 分 | □ 医科　□ 歯科　□ 調剤　□ 補装具　□ 食事　□ その他<br>□ 入院　□ 入院外　□ 一部償還　□ 訪問看護 | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 診療月 | 日数<br>食事回数 | 診療点数 | 負担割合 | 領収金額 | 一部負担金 | 付加給付 | 支給決定額 |
| 年　月 | | | 割 | | | | |
| 年　月 | | | 割 | | | | |
| 年　月 | | | 割 | | | | |
| 年　月 | | | 割 | | | | |
| 年　月 | | | 割 | | | | |
| 年　月 | | | 割 | | | | |