年　　月　　日

医 療 費 支 給 申 請 書

（あて先）寝屋川市長

〒　　－

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） 銀　行 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
	□ 入院　□ 入院外　□ 一部償還　□ 訪問看護

診療月	日数 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				