

受給者番号									
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

子・障・精・母・マル福 医療費支給申請書

年 月 日

東 郷 町 長 殿

住 所 東郷町 _____

申請者 氏 名 _____ (印)

TEL () -

下記のとおり医療費を支給してください。

受 給 者 氏 名		加 入 医 療 保 険	保険証の 記号番号	
生 年 月 日	年 月 日		被保険者 氏 名	
診 療 月	年 月分		保 険 者	
区 分	入院外・入院		附加給付 の 状 況	有 無
医 療 機 関	所在地 名 称			
医 療 費 総 額	円			
申 請 額	円			
振 り 込 み 金 融 機 関	銀 行 信用金庫 農 協	店	預金(普・当)口座番号 _____ フリガナ _____ 名義人 _____	
申 請 理 由	<input type="checkbox"/> 県外で受診したため。 <input type="checkbox"/> 補装具を作成したため。 <input type="checkbox"/> 受給者証を提示しなかったため。 <input type="checkbox"/> 子ども医療 入院助成(小学生以上) <input type="checkbox"/> 精神入院 (全疾病全額助成) <input type="checkbox"/> 精神入院 (精神疾患のみ2分の1助成) <input type="checkbox"/> その他 ()			

備考 該当する□の中にレ印をつけてください。

高 額	補 助	単 独
件 数	入 力	合 算