

					受給者番号									
子・障・精・母・マル福 医療費支給申請書														
令和 年 月 日														
東 郷 町 長 殿														
住 所 東郷町														
申請者 氏 名														
TEL () -														
下記のとおり医療費を支給してください。なお、医療保険の加入状況等について公簿等(マイナンバー制度による情報連携を含む。)の確認をすることに同意します。														
受 給 者 氏 名					加 入 医 療 保 険	被保険者等 記号・番号								
受 給 者 個 人 番 号						被保険者等 氏 名								
生 年 月 日	大 昭 平 令 年 月 日					被保険者等 個 人 番 号								
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 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	☐ 県外で受診したため。☐ 補装具を作成したため。☐ 受給者証を提示しなかったため。☐ 精神入院 (精神疾患のみ2分の1助成)☐ その他 ()☐ 精神入院 (全疾病全額助成)													

備考 該当する□の中にレ印を付けてください。

ゆうちょ銀行の場合

記号 番号 (—)

高 額	補 助	単 独
件 数	入 力	合 算