様式

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。

受給者氏名		加入医療保険	保険証の記号番号	
生年月日	大 昭 平 令　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	□ 県外で受診したため。 □ 受給者証を提示しなかったため。 □ 精神入院（全疾病全額助成） □ その他（　　）	□ 補装具を作成したため。 □ 子ども医療　入院助成（小学生以上） □ 精神入院（精神疾患のみ2分の1助成）		

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

ゆうちょ銀行の場合

記号　　番号

（　　―　　）