□子ども・□子ども（市独）・□ひとり親・□障がい者（後期）・□障がい者

医療費支給申請書

令和　　年　　月　　日

（宛先）筑紫野市長

申請者　住所 ……

氏名 ……

電話　（　　－　　－　　）

次のとおり医療費の支給を申請します。（受取を下記の名義人に委任します。）

太枠内をご記入ください。

受給者番号		被保険者証の記号・番号	
受給者氏名		世帯主被保険者氏名	
生年月日	S・H・R　年　月　日	療養期間	H・R　年　月　日から H・R　年　月　日まで
申請理由	県外受診　他法優先　医療証交付前受診　医療証未提示 受領委任払　装具（　　）　その他（　　）		
受取金融機関	銀行　信用金庫 農協　信用組合	支店 出張所	
	1　普通　2　当座	※左ツメでご記入ください	
	口座カナ名義		
医療費総額	円	申請額	円
		受付者	

※申請書は受給者ごとに１枚必要です。