

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

赤字の個所にご記入ください

令和〇〇年〇〇月〇〇日

(宛先) 筑紫野市長

申請者 住所 筑紫野市石崎一丁目1番1号

氏名 筑紫野 太郎

電話 (092-923-1111)

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	0	1	2	3	4	5	6	被保険者証の 記号・番号	筑・00148										
受給者氏名	筑紫野 子太郎							世帯主 被保険者氏名	筑紫野 太郎										
生年月日	T	S	H	R	元	年	5	月	1	日	療養期間	H	R	4	年	5	月	1	日から
												H	R	4	年	5	月	31	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	筑紫野		銀行		信用金庫		二日市		支店										
			農協		信用組合				出張所										
	1		普通		2		当座		※左ヅメでご記入ください										
	0	1	2	3	4	5	6												
	口座カナ名義		チクシノ タロウ																
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。