

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

赤字の箇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 農協	銀行 信用金庫 信用組合	支店 出張所 二日市
	1 普通	2 当座	※左ジ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。