

子ども医療  ひとり親家庭等医療  重度障がい者医療（後期）  重度障がい者医療

## 医療費支給申請書

(宛先) 筑紫野市長

令和 年 月 日

申請者 住 所

フリガナ

氏 名

電話番号

(受給者との続柄： )

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。)

受給者番号		資格情報 (記号・番号)	
フリガナ		被保険者又は 国保世帯主	
受給者氏名			
受給者生年月日	大正昭和 平成令和 年 月 日	療養期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで
申請理由	<input type="checkbox"/> 県外受診 <input type="checkbox"/> 他法優先 <input type="checkbox"/> 医療証交付前受診 <input type="checkbox"/> 医療証未提示 <input type="checkbox"/> 受領委任払 <input type="checkbox"/> 装具 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )		
受取金融機関	銀行支店名	銀行 信用金庫 農協 信用組合	支店 出張所
	種別	1 普通 2 当座	口座番号
	口座 カナ名義	※左詰めで記入してください。	

※市記入欄	医療費総額	円	支給決定額	円
				受付印

※申請書は受給者1人につき1枚記入してください。