

□子ども・□子ども（市独）・□ひとり親・□障害者（後期）・□障害者
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	T・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						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							
	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。