

子ども・子ども（市独）・ひとり親・障害者（後期）・障害者

# 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	元	年	5	月	1	日	から
												H	R	元	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。