

				課長	課長補佐	係長	係

医療費支給申請書

東峰村長殿

申請年月日 年 月 日

申請者住所 朝倉郡東峰村大字
(世帯主)

氏名 _____ ㊟

申請者の個人番号 _____

次のとおり申請します。

被保険者証 の記号番号		療養を受けた 被保険者の氏名 生年月日						昭・平 年 月 日
被保険者の個人番号								
申請の種類	①保険証を持たずに診療 ②補装具の購入 ③はり・灸 ④柔道整復 ⑤輸血 ⑥その他							
振 込 先	コード							
	金融機関名		銀行 信金 農協 信組					支店 出張所
	口座 番号	普通 当座 貯蓄					口座 名義	フリガナ
傷病名			発病負傷年月日		年 月 日			
			診療又は手当等 の 期 間		年 月 日から 年 月 日まで 日間			
発病の原因								
傷病の経過								
診療、薬剤の支給又は 手当を受けた病院・診 療所・薬局その他の者 の名称及び所在地	名称		診療又は調剤に従事 した医師・歯科医師 又は薬剤師の氏名					
	所在地							
診療又は 手当の内容								
療養の給付 を受けること ができな かった理由	1 被保険者証の提示が困難 2 現物給付が困難 3 その他 ()		診療・薬剤の支給を 受けた費用の額			円		
備考								

- 療養に要した費用について、医師からの証明を受けてください。
- コルセット、ギプス、義肢等に関する場合は装着が傷病のため必要と認めた医師の証明書及び領収書を添付してください。
- 輸血に関する場合は、輸血を必要と認めた医師の証明書及び血液代金の領収書を添付してください。

支給額の計算及び決定

申請の種類	①一般診療 ②補装具 ③柔道整復 ④あんま マッサージ ⑤針・灸 ⑥看護 ⑦移送 ⑧その他				
医療費総額	他方負担額	一部負担金	その他		支給決定額