

記入例

障害者医療費支給申請書

令和〇年〇月〇日

治療を受けた方(受給資格者)の住所・氏名等を記入してください。
ただし、受給資格者が未成年の場合は保護者の氏名をご記入ください。

申請者住所 江南市赤童子町大堀〇〇番地

氏名 江南 太郎

下記のとおり医療費の支給を申請します。

電話 0587 - 54 - 1111

受給者番号	5 1 8 - 123456		加入医療保険	保険者名		
受給資格者	氏名	江南 太郎		記号・番号		
	生年月日	昭和〇年〇月〇日		被保険者名		
					付加給付	
傷病名						
医療機関	所在地	江南市布袋町××番地				
	名称	△△病院				
医療を受けた期間	平・令 年 月 日から	日間	<input type="checkbox"/> 入院	申請額	円	
	平・令 年 月 日まで		<input type="checkbox"/> 入院外			
申請理由	<input type="checkbox"/> 医療保険において療養費等が支給された。 <input type="checkbox"/> 県外で医療を受けた。 <input type="checkbox"/> その他					
備考	振込先口座の内容を記入してください。 申請者名義以外の口座へ振り込む場合は、委任状が必要です。 ただし、未成年者の名義へは振り込みできません。					
支払方法	金融機関	銀行	口座番号	普通	フリガナ	
1 現金	△△	農協信用金庫			コウナン タロウ	
② 口座振込	□□	支店	6543210		江南 太郎	

金融機関番号 () 店舗番号 ()

※下記の欄は記入しないでください。

医療費総額	公費負担額	助成割合	助成算出額	高額療養費、 附加給付金	支給決定額
①	②	③	④	⑤	④ - ⑤
円	円	割	円	円	円

補装具 申請内容確認

- 学校でのケガ
- 学校以外

受付者	入力者	確認者
-----	-----	-----

様式第4(第7条関係)

障 害 者 医 療 費 支 給 申 請 書

令和 年 月 日

江 南 市 長

申請者 住 所

氏 名

下記のとおり医療費の支給を申請します。

電 話

— —

受給者番号		5 1 8 —		加入 医療 保険	保険者名		
受給 資格 者	氏 名				記号・番号		
	生 年 月 日		昭和・平成 年 月 日		被保険者名		
					付加給付		有 ・ 無
傷 病 名							
医療機関				所在地			
				名 称			
医療を受けた 期 間		平・令 年 月 日から 平・令 年 月 日まで		日間	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入院外	申請額	円
申 請 理 由		<input type="checkbox"/> 医療保険において療養費等が支給された。 <input type="checkbox"/> 県外で医療を受けた。 <input type="checkbox"/> その他					
備 考							
支 払 方 法		金 融 機 関	銀 行 農 協 信用金庫 支 店	口 座 番 号	普 通	口 座 名 義	フリガナ
1 現 金							
② 口座振込							

金融機関番号 () 店舗番号 ()

※下記の欄は記入しないでください。

医療費総額	公費負担額	助成割合	助成算出額	高額療養費、 附加給付金	支給決定額
①	②	③	④	⑤	④ - ⑤
円	円	割	円	円	円

補装具 申請内容確認

- 学校でのケガ
- 学校以外

受付者	入力者	確認者
-----	-----	-----