

記入例

精神障害者医療費支給申請書

令和〇年〇月〇日

江南市長 申請者住所 江南市赤童子町大堀〇〇番地

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。

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    | 918 - 123456  | 加入         | 保険者名                         |       |
| 受給資格者    | 氏名  | 江南 太郎      |                              |       |
|          | 生年月日  | 昭和〇年〇月〇日   |                              |       |
| 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。<br><input type="checkbox"/> 県外で医療を受けた。<br><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。<br>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。  |            |                              |       |
| 支払方法     | 金融機関  | 銀行 農協 信用金庫 | 口座番号                         | フリガナ  |
|          | 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、<br>附加給付金 | 支給決定額 |
|-------|-------|------|-------|-----------------|-------|
| ①     | ②     | ③    | ④     | ⑤               | ④ - ⑤ |
| 円     | 円     | 割    | 円     | 円               | 円     |

精神障害者手帳所持者

1級・2級

有効期間

平・令 年 月 日

平・令 年 月 日

診断書所持者

発行日 令和 年 月 日

|     |     |
|-----|-----|
| 市・県 | 精・一 |
|-----|-----|

|     |     |     |
|-----|-----|-----|
| 受付者 | 入力者 | 確認者 |
|-----|-----|-----|

様式第4(第7条関係)

精神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          | 918 -   | 加入<br>医療<br>保険   | 保険者名  |       |      |
| 受給<br>資格<br>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<br>平・令 年 月 日まで  | 日間               | <input type="checkbox"/> 入院<br><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。<br><input type="checkbox"/> 県外で医療を受けた。<br><input type="checkbox"/> その他 |                  |   |       |      |
| 備考             |   |                  |   |       |      |
| 支払方法           | 金融機関  | 銀行協<br>農信用<br>金庫 | 口座番<br>号  | 普通    | 口座名義 |
| 1 現金<br>② 口座振込 |   | 支店               |   |       | フリガナ |

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、<br>附加給付金 | 支給決定額 |
|-------|-------|------|-------|-----------------|-------|
| ①     | ②     | ③    | ④     | ⑤               | ④ - ⑤ |
| 円     | 円     | 割    | 円     | 円               | 円     |

精神障害者手帳所持者

1級・2級

有効期間

平・令 年 月 日

)

平・令 年 月 日

・診断書所持者

発行日

令和 年 月 日

|         |         |  |  |
|---------|---------|--|--|
| 市・<br>県 | 精・<br>一 |  |  |
|---------|---------|--|--|

|             |             |             |  |
|-------------|-------------|-------------|--|
| 受<br>付<br>者 | 入<br>力<br>者 | 確<br>認<br>者 |  |
|-------------|-------------|-------------|--|