

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。 <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。			
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、 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 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	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						
支払方法	金融機関	銀行 協 農 信用金庫	口座 番号	普通	口座 名 義	フリガナ
① 現金						支店
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

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	
-------------	--	-------------	--	-------------	--