

## 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

下記のとおり申請します。

電話

0587-54-1111

受給者番号	918	—	123456				
受給資格者	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ		加入医療保険	保険者名		
	氏名	江南 太郎			被保険者名		
	生年月日	昭和平成〇年〇月〇日			付加給付 有・無		
傷病名							
医療機関	所在地	江南市布袋町××番地					
	名称	△△病院 内科・外科・整形・皮膚科 耳鼻咽喉科・眼科・歯科・調剤薬局					
医療を受けた期間	令和 年 月 日から	日間			<input type="checkbox"/> 入院		
	令和 年 月 日まで				<input type="checkbox"/> 入院外		
申請理由	<input type="checkbox"/> 県外受診 <input type="checkbox"/> 補装具 <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。 受給資格者名義以外の口座へ振り込む場合は、委任状が必要です。						
振込口座	金融機関	銀行	口座	普通	口座	(カタカナ)	
		△△△ 信用金庫 農協	番号	6543210	名義	コウナン タロウ	
	〇〇〇	支店					

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	助成割合	助成算出額	不払い額	高額療養費、付加給付金	支給決定額
円	割	円	円	円	円

手帳・自立所持者

有効期間

令和 年 月 日

令 年 月 日

令 年 月 日

限度額

円

・診断書所持者

発行日 令和 年 月 日

県・市	精・一
-----	-----

入	確
力	認

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	住所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ			被保険者名		
	氏名				付加給付		有・無
	生年月日	昭和・平成	年 月 日				
傷病名							
医療機関		所在地					
		名称 内科・外科・整形・皮膚科 耳鼻咽喉科・眼科・歯科・調剤薬局					
医療を受けた期間		令和 年 月 日から				日間	<input type="checkbox"/> 入院
		令和 年 月 日まで					<input type="checkbox"/> 入院外
申請理由		<input type="checkbox"/> 県外受診 <input type="checkbox"/> 補装具 <input type="checkbox"/> その他					
備考							
振込口座		金融機関	銀行 信用金庫 農協		口座番号	普通	口座名義
			支店				
		金融機関番号 ( )		店舗番号 ( )		(カタカナ)	

※下記の欄は記入しないでください。

医療費総額	助成割合	助成算出額	不払い額	高額療養費、付加給付金	支給決定額
円	割	円	円	円	円

手帳・自立所持者

有効期間

令 年 月 日

令 年 月 日

令 年 月 日

限度額

円

・診断書所持者

発行日 令和 年 月 日

県・市	精・一
-----	-----

入	力	確	認
---	---	---	---