

様式第9号（第13条関係）

振 込 先	銀行・信用金庫 農協・信用組合						支 店 支 所 出張所	普通 当座
	口座番号						フリガナ	
								口座名義人

<p>重度障がい者医療費支給申請書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>八女市長</p> <p style="text-align: center;">申請者 住所 _____</p> <p style="text-align: center;">氏名 _____</p> <p style="text-align: center;">電話番号 _____</p> <p>次のとおり（一部負担金、療養費）を支払いましたので、医療費の支給を申請します。</p>								
医療証の 受給者番号							被保険者証等の 記号・番号	
受給者氏名							被保険者等 氏 名	
診療種別	<input type="checkbox"/> 医科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 補装具 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 柔整 <input type="checkbox"/> あんま・マッサージ <input type="checkbox"/> はり・きゅう <input type="checkbox"/> その他（ ）							
療養期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間							
入外区分	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来							
医療機関	<input type="checkbox"/> 領収書のとおり 所在地 名 称							
医療費総額	円						申 請 額	円
申請理由 （該当番号を ○で囲む）	1 国民健康保険による療養費が支給された。 2 社会保険各法による療養費が支給された。 3 県外の医療機関等で受診した。 4 その他（ ）							