

- 子 ども
 重度障がい者
 ひとり親家庭等

医療費支給申請書 兼 請求書

受給者番号		被保険者の 記号・番号	
受給者氏名		世帯主・ 被保険者氏名	
個人番号		個人番号	
生年月日	年 月 日	療養の期間	年 月 日 ~
年 齡 等	才		年 月 日
傷 病 名			日間

医 療 機 関	名 称	
	所 在 地	

申 請 理 由	1. 医療保険各法による療養費が支給された。 2. 県外の医療機関等で受診した。 3. その他 ()
---------	---

医療費総額	円	総支給額	円
-------	---	------	---

給付外	円	うち町単 (再掲)	円
-----	---	--------------	---

上記のとおり医療費に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。

年 月 日

住所 遠賀町

申請者 氏名 印

電話 ー

遠賀町長 殿 個人番号

振込先 (申請者の名 義の口座)	<input type="checkbox"/> 前回振込口座と同じ		初めて申請される方や口座を変更される方は↓をご記入ください。	
	金融 機関名	銀行 農協 信用金庫	支店名	支店・出張所
	口座 番号	普通 当座	口座 名義人	フリガナ

- ※ 領収書を添付してください
- ※ その他公費の医療証があればコピーを添付してください
- ※ 障がい者医療 入院の場合、負担区分がわかる書類等を提示してください