様式第11号(第13条第11号関係)

口座振込先
1　銀行名＿＿＿＿＿＿＿＿銀行＿＿＿＿＿＿＿＿支店
2　口座番号　当座 普通　No.＿＿＿＿＿＿＿＿
ふりがな
3　口座名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

重度障がい者　医療費支給申請書

年　月　日

小郡市長　殿

電話番号：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

申請者　住　所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

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。

医療証の番号		被保険者証等の記号・番号	
受給者氏名	年　月　日生	被保険者等の氏名	
療養期間	年　月　日～　年　月　日		
医療機関	所在地 名　称		
医療費総額	円	申請額	円
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(　　)		

費用額	保険者負担分	一部負担金	結予等負担分	その他の負担分	控除額			支給額
					初診料	往診料控除額	その他の控除額	