

重度心身障害児者医療費支給申請書

受給者	ふりがな				
	氏名				
	生年月日	明治・大正 昭和・平成	年	月	日
住所	日高川町大字		電話番号		
医療保険の 加入状況	被保険者、組合員 又は世帯主の氏名			被保険者、組合員 又は世帯主との続柄	
	被保険者、組合員 又は世帯主の住所			保険者の名称・ 保険者番号	
	被保険者証又は組 合員証の記号番号			保険者の所在地	
保 険 診 療 明 細 書					
保険診療総点数	点	備 考			
入院・外来の別	入院 ・ 外来	年 月 日生（ 歳）			
歯科・調剤	歯科 ・ 調剤				
食事療養費					
精神医療（通院）					
その他	補装具 ・ 柔整（鍼・灸）				
支給額	円				
医療機関名					
所在地					
<p>上記のとおり申請いたします。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">日高川町長 様</p> <p style="text-align: right;">住所 日高川町大字</p> <p style="text-align: right;">氏名</p>					
<p>重度心身障害児者医療費を次の口座に振り込んでください。</p>					
口座振替 依頼欄	金 融 機 関 名		種 類	口座番号	預金口座名義
	銀行	本店	普通		
	信用金庫	支店	当座		
農協	出張所	その他			