

重度障害者医療費支給申請書

記入例

次のとおり(一部負担金・療養費)を支払いましたので、重度障害者医療費の支給を申請します。
なお、支給金額の審査について、必要な公簿確認をすることに同意します。

宗像市長 へ

平成〇〇年〇〇月〇〇日

申請者(本人または保護者)

住所 宗像市●●〇丁目〇-〇〇-〇〇〇

氏名 宗像 一

電話番号(〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇)

医療証の 受給者番号	3	4	5	6	7	8	9	健康保険証等の 記号・番号	宗像市国保 医保 ・ 後期		
									記号 宗	番号 8888888	
受給者氏名、 生年月日	宗像 一							健康保険証 加入者氏名 (被保険者・組合員・ 国保世帯主等)、 生年月日	宗像 一		
	(昭和25年1月1日)								(昭和25年1月1日)		

申請理由 県外の医療機関等での受診 他優先公費との差額

※申請書の太枠内

- ・ 申請者様欄 (本人または保護者様)、
- ・ 受給者様欄 (本人)、健康保険証加入者様欄、
- ・ 振込先口座 (本人以外でも可) 等

をご記入の上、領収書等必要書類と一緒に提出ください。

負担割合	1割 ・ 2割 ・ 3割 ・ 他	高額療養費	円
一部負担金	円	自己負担限度額	円
支払金額	円	調整額	円
支給金額			円

振込先口座	銀行名	支店名	口座番号(右詰で記入)	種別
	銀行	本店	9 8 7 6 5 4 3	普通 当座
	宗像 信用金庫 信用組合 農協 漁協	宗像 支店 出張所	名義(※カタカナで通帳どおり記入)	
ムナカタ ハジメ				

添付書類 明細がわかる領収書(補装具は「医証」「見積書」「請求書」も必要)
 療養費支給証明書または支給決定通知(高額療養費・付加給付、医保療養費)
 その他()

国保税充当 備考	重度障害者医療費支給額を、以下の未納分の税に充当することを承諾します。 ■国保税の最古の未納分、または収税課指定分から納付 <input type="checkbox"/> その他() 国保世帯主氏名 宗像 一 宗像	保変	なし 受付
	■領収書の返却を希望します。(支給決定時に同封)	入力	チェック

※ 太枠内のみご記入ください。