

様式第9号【 3歳以上中学生 ・ 高校生以上65歳未満 ・ 65歳以上 ・ 精神 】県・市

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。

令和 ● 年 ● 月 ● 日

住所 宗像市 東郷1丁目1番地1

氏 名 宗像 太郎

電話番号 (090 - ●●●● - ●●●●)

医療証の 受給者番号	1	2	3	4	5	6	7	健康保険の 記号・番号	宗像市国保 ・ 医保	
									記号 1111	番号 234567
受給者氏名 生年月日	宗像 ●●							健康保険 加入者氏名 (被保険者・組合員・ 国保世帯主等) 生年月日	宗像 太郎	
	(昭・平・令●年●月●日)								(昭・平・令●年●月●日)	

- ※第三者行為により発生した医療費の場合は事前に子ども家庭センターへご連絡ください。

※領収書を返却希望の場合は、申請書下部の□領収書の返却を希望します。にチェックをお願いします。

振込先口座	銀行名	支店名	口座番号（右詰で記入）	種別		
	宗像 銀行 信用金庫 信用組合 農協 漁協	東郷 本店 支店 出張所 営業部	● ● ● ● ● ● ●	普通・当座		
			名義（※カタカナで通帳どおり記入）			
			ムナカタ ハナコ			
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。 ☐ 国保税の未納分、または収納課指定分から納付 ☐ その他（ ）			印 国保世帯主氏名	保変 受付 入力	なし 受付
	☒ <u>第三者行為により発生した医療費ではありません。</u> ☐ 領収書の返却を希望します。（支給決定通知送付時に同封）			チェック		