

こども
障がい者
ひとり親家庭等

医療費支給申請書

(あて先) 那珂川市長

年 月 日
Tel (- -)
住所
申請者
氏名

次のとおり医療費の支給を申請します。

受給者番号							被保険者証 記号・番号		
受 給 者							世帯主・被保険 者 ・組合員の氏名		
申 請 理 由 〔該当する番号 を○で囲む〕	1. 国民健康保険による療養費が支給された 2. 社会保険各法による療養費が支給された 3. 県外の医療機関等で受診した 4. その他 ()								
医療費総額	円						窓口負担額	円	
受取金融機関	そ銀 の 他行	銀行 農協					支店 本店	口座番号	
	ゆう ちょ 銀行	通帳記号					通帳番号		口座名義人 (カナ)
【備考欄】									

【担当課記入欄】

支 給 決 定 額	円
-----------	---

こども
障がい者
ひとり親家庭等

医療費支給申請書

(あて先) 那珂川市長

受給資格者が申請してください

※こども医療および

ひとり親家庭等医療は保護者、

重度障がい者医療は本人

をご記入ください

〇〇年 〇月 〇日
生 (- -)

住所 那珂川市西隈 1 丁目 1-1

氏名 那珂川 太郎

申請者

次のとおり医療費の支給を申請します。

受給者番号	0	1	2	3	4	5	6	被保険者証 記号・番号	〇〇	〇〇〇
受給者	那珂川 一郎							世帯主・被保険 者 ・組合員の氏名	那珂川 太郎	
申請理由 〔該当する番号 を○で囲む〕	1. 国民健康保険による療養費が支給された 2. 社会保険各法による療養費が支給された 3. 県外の医療機関等で受診した 4. その他 ()									
医療費総額	円							窓口負担額	円	
受取金融機関	銀行	〇〇〇 農協 〇〇〇 支店 本店							口座番号	
	ゆうちょ銀行	通帳記号 1 0 通帳番号							口座名義人 (カナ) ナカガワ タロウ	
【備考欄】										

【担当課記入欄】

原則、申請者の口座をご記入ください

支給決定額

円