

医療費支給申請書（償還払用）

平成 年 月 日

砂川市長 様

申請者 住所 砂川市
 氏名 _____ 印
 電話 _____

医療費の支給を受けたいので、証拠書類を添えて申請します。

記

受給者	加入医療保険		記号番号	
	受給者証記号番号		第	号
	住所		砂川市	
	氏名			
医療を受けた 病院等	名称			
	住所			
診療内容	①入院 ②入院外	期間	年 月 日 ~ 年 月 日	療養日数 日
	発病の原因			
	療養に要する費用	総額	円	保険者割合 割 申請額 円
生年月日	平成 年 月 日	支払方法	市役所窓口	
	平成 年 月 日		口座振込 銀行名 支店名	
	平成 年 月 日		口座番号 名義人	

支給決定決議書(申請に対し支給決定してよろしい)						(円)	適用	
支給決定額		医科(入	医科(入院外)	歯科分	調剤分	補装具	その他	計
	補助分							
	初診時負担金							
	市単独分							
	合計							

※証拠書類として添付するもの 保険負担分が現物～医療機関領収書 保険負担分と本人負担分も償還～保険者の証明書

備考		係	係長	補佐	課長