医療費支給申請書（償還払用）

　　　年　　月　　日

　　　砂川市長 様

住　所　砂川市

申請者　氏　名

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 | | |  |
| 受給者証番号等 | | 第　　　　　　　　　号 （重度 ・ 障老 ・ 子ども ・ ひとり親家庭等） | | | | | | | |
| 住所 | | 砂川市 | | | | | | | |
| 氏名 | |  | | | 生年月日 | | | 年　　月　　日(　　歳) | |
| 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 |
| 振込先 | 銀　　行  信用金庫  信用組合  協同組合 | | | 支店  本店  本所 | 普通  ・  当座 | | | 口座番号 | |  |
| 口座名義  (カタカナ) | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 支給決定決議書(申請に対し支給決定してよろしいか) | | | | | | | 初診料　：　 有 　・ 　無 | | |
| 区　分　：　課　・　初　・　所得制限 （ 未就学 ・ 小学生 ・ 中学生 ・ 高校生等 ・ その他 ） | | | | | | | | | |
| 支給決定額 |  | 医科(入院) | 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 | | 課長補佐 | 課　　長 |
|  |  | |  |  |