

医療費支給申請書

受付印

(宛先) 池田市長

申請者 住 所 _____

氏 名 _____
(申請者が手書きしない場合は、記名押印してください。)

受給者との続柄 _____

電 話 — —

医療費の支給を申請しますので、口座振込により支給願います。

公費負担者番号				受給者番号			
受 給 者	住所						
	氏名				生年月日	年 月 日	
加 入 医療保険	被保険者名			保険種別 協・組・日・船・共・国・国組・後期			
	記号・番号			発行機関名 保険資格取得日 年 月 日			
口座情報	銀行・組合 信金・信組						支 店 出張所
	預金種目	普通 ・ 当座		口座番号			
	名義人 (カナ)						

- 申請は、受診された翌月以降に行ってください。
- 同月・同一医療機関受診分の申請は、必ずまとめて行ってください。
- 健康保険適用外の費用（予防接種・診断書料・薬の容器代など）は、対象となりません。

事務使用欄

支給決定額（内訳は別紙のとおり）
円