

記入例

様式第4 (第7条関係)

障害者医療費支給申請書

令和 4 年 4 月 1 日

江南市 長 申請者 住 所

治療を受けた方(受給者)の住所・氏名等を記入してください。
ただし、受給者が未成年の場合は保護者の氏名をご記入ください。

江南市赤童子町大堀〇〇番地

江南 太郎

下記のとおり 電話

0587 - 54 - 1111

受給者番号		5 1 8 - 1 2 3 4 5 6		加入医療保険	保険者名		
受給者	受給者氏名	江南 太郎			記号番号		
	生年月日	昭・平	40 年 △ 月 ○ 日		被保険者名		
傷病名					付加給付	有 ・ 無	
医療機関		所在地 江南市布袋町××番地					
		名称 △△病院					
医療を受けた期間		平・令 年 月 日から	日間	<input type="checkbox"/> 入院	申請額	円	
		平・令 年 月 日まで		<input type="checkbox"/> 入院外			
申請理由		<input type="checkbox"/> 医療保険において療養費等が支給された。 <input type="checkbox"/> 県外で医療等を受けた。 <input type="checkbox"/> その他					
備考		振込先口座の内容を記入してください。 申請者名義以外の口座へ振り込む場合は、委任状が必要です。 ただし、未成年者の名義へは振り込みできません。					
支払方法		金融機関	銀行口座	普通	口座名義	フリガナ	
1 現金		△△	農協	座	座	コウナン タロウ	
2 口座振込		〇〇	信用金庫	番	名	江南 太郎	
			支店	号	義		
				6543210			

金融機関番号 () 店舗番号 ()

※下記の欄は記入しないでください。

医療費総額	公費負担額	助成割合	助成算出額	高額療養費、付加給付金	支給決定額
①	②	③	(①-②) × ③	⑤	④ - ⑤
			④		
円	円	割	円	円	円

・医療機関(診療科)ごと、診療月ごとに申請書が必要です。
・入院・外来ごとに申請書を分けてください。

受付者	入力者	確認者
-----	-----	-----

様式第4 (第7条関係)

障害者医療費支給申請書

令和 年 月 日

江南市長

申請者住所

氏名

下記のとおり医療費の支給を申請します。

電話

- -

受給者番号		518-		加入医療保険	保険者名				
受給者	受給者氏名				記号・番号				
	生年月日		昭・平 年 月 日		被保険者名				
傷病名					付加給付		有・無		
医療機関		所在地 名称							
医療を受けた期間		平・令 年 月 日から 平・令 年 月 日まで			日間		申請額 円		
申請理由		<input type="checkbox"/> 医療保険において療養費等が支給された。 <input type="checkbox"/> 県外で医療等を受けた。 <input type="checkbox"/> その他							
備考									
支払方法		金融機関		銀行 口座 農協 口座 信用金庫 支店		普通		口座名義	
1 現金								フリガナ	
2 口座振替									

金融機関番号 () 店舗番号 ()

※下記の欄は記入しないでください。

医療費総額	公費負担額	助成割合	助成算出額	高額療養費、付加給付金	支給決定額
①	②	③	(①-②) × ③	⑤	④ - ⑤
円	円	割	円	円	円

受付者	入力者	確認者
-----	-----	-----