

記入例

様式第4 (第7条関係)

精神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

江南市赤童子町大堀〇〇番地

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。

氏名 **江南 太郎**

下記のとおり医療費の支給を申請します。電話 **0587 - 54 - 1111**

受給者番号		9 1 8 - 1 2 3 4 5 6			加入医	保険者名		
受給者	受給者氏名	江南 太郎			保険	記号番号		
	生年月日	昭・平 40年 ○ 月 △ 日				被保険者名		
傷病名					付給付	有 ・ 無		
医療機関		所在地	江南市布袋町××番地			受給者証をお持ちの方のみ受給者番号を記入してください。		
		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"/> 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。						
備考								
支払方法		金融機関	銀行	口座	普通	口座	フリガナ	
1 現金		△ △	農協	座	6543210	座	コウナン タロウ	
2 口座振込			信用金庫				番	名
		〇 〇	支店	号		義		

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	④	④	④	⑤	④ - ⑤
円	円	割	円	円	円

・診断書所持者

平・令 年 月 日

・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)

精神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		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		
				付加給付	有・無	
傷病名						
医療機関		所在地				
		名称				
医療を受けた期間	平・令	年	月	日から	日間	申請額
	平・令	年	月	日まで		
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 農協 信用金庫	口座番号	普通	フリガナ
1 現金						
2 口座振込		支店		番号		

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

精神障害者手帳所持者

1級・2級

有効期間

平・令 年 月 日 市 精
) 平・令 年 月 日 県 一

・診断書所持者

発行日 平・令 年 月 日

受付者	入力者	確認者
-----	-----	-----