

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 (印)

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			
		男・女			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	<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								
支払方法		金融機関	銀行	口座番号	普通	口座名義	フリガナ	
1 現金			農協				支店	
2 口座振込			信用金庫					

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

平・令 年 月 日

市	精
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
-----	-----	-----

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 1 年 5 月 7 日

江南市長 申請者住所 江南市赤童子町大堀〇〇番地

氏名 江南 太郎 (印)

電話 0587 - 54 - 1111

治療を受けた方(受給者)の住所・氏名等をご記入いただき、押印をお願いします。
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。

下記のとおり医療費の支給を申請します。

受給者番号	9 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		男 女	記号番号		
	生年月日	昭・平 40年 ○ 月 △ 日			被保険者名		
傷病名						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ご記入ください。	
	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	口座番号	普通	フリガナ		
	1 現金	△ △ 農協 信用金庫		6543210	座名	コウナン タロウ	
2 口座振込	〇 〇 支店			口座義	江南 太郎		

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

・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