

# 障害者医療費支給申請書

年 月 日

(あて先) 横須賀市長

申請者 住所 横須賀市

フリガナ

氏名

生年月日 西暦 年 月 日

電話 - - (自宅・携帯のどちらでも可)

次のとおり申請します。なお市が療養費・高額療養費等の照会・調整を保険者を行うことを承諾します。

障害者医療 受給者番号		障害者医療 受給者氏名	申請者と同じ <input type="checkbox"/>
----------------	--	----------------	---------------------------------

振 込 先 口 座	銀行	本店	普通	口座番号
	信用金庫	支店	当座	
口座名義人	受給者と同じ <input type="checkbox"/> フリガナ			※原則、受給者本人名義の口座のみ指定可

健康保険証	コピー添付(必須) <input type="checkbox"/>
-------	------------------------------------

**事務処理欄(何も記入しないでください。)** 1. 国保 2. 社保 3. 後期高齢

保 険 者 の 証 明 欄	療養費等を支払った者の 氏 名				
	療養費等の対象となった 治 療 ・ 器 具 等				
	診 療 年 月 日	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで			
	療 養 費 の 給 付	保険の対象となる 医療費の総額			円
		保険者負担額			円
		高額療養費の負担	ある ・ ない		円
		付加給付の支給	ある ・ ない		円
薬 剤 費 一 部 負 担 金	日 数		金 額		
		日		円	
上記のとおり証明します。  令和 年 月 日  保 険 者 所 在 地 名 称 (市国保・担当者)					

医療費申請額(A)	保険などの補填(B)	支払決定額(A) - (B)