身体障害者及び知的障害者医療費支給申請書

受給者番号		健康保険証	被保険者氏名		
受診者			保険者名		
			記号		
生年月日	年　月　日		番号		
医療機関	所在地				
	名称				
診療の期間	年　月　日から 年　月　日まで　日間		コルセット装着 年　月　日		
請求の額	円				
診療の内容	1　医科（入院）　2　医科（通院）　3　歯科　4　調剤 5　移送　6　補装具（コルセット）　7　食事療養費				
申請の理由					

上記のとおり医療に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。

年　月　日

住所　藤井寺市　丁目　番　号

氏名　印　電話

藤井寺市長　殿

振込先	銀行	1 普通	口座番号	
	支店	2 当座	名義人（カタカナ）	

請求書	金額	金　円也

年　月　日

上記のとおり医療に要した費用を請求します。

住所　藤井寺市　丁目　番　号

氏名　印

藤井寺市長　殿

市処理欄	総医療費	円	受付番号	
	保険者負担額	円	備考	
	医療費支給額	円		
	薬剤一部負担金	円		
	入院時食事療養費	円		
	支給決定額	円		