

重度障害者医療費支給申請書

藤井寺市長 様

※太枠内について記入してください

下記のとおり申請し、請求します。

		申請日	年		月	日	
申請者	氏名	連絡先（電話番号）					
		- -					
住所	藤井寺市	受給者との続柄					
受給者	氏名	☐ 申請者と同じ		生年月日			
		(個人番号:)		年 月 日			
	住所	☐ 申請者と同じ 藤井寺市		(医療証) 受給者番号			
	加入保険者名	保険者（発行機関）名		保険者番号			
	医療保険						
	☐ 大阪府 後期高齢者医療	大阪府後期高齢者医療広域連合		3	9	2	
	☐ 藤井寺市 国民健康保険	藤井寺市				2	
	☐ 上記以外の 健康保険	() 組合					
申請理由	☐ 大阪府外での受診		☐ 一部自己負担額限度額超				
	☐ 医療証未交付期間 の受診		☐ その他 ()				
内容	☐ 入院 (医科)	☐ 入院 (歯科)	☐ 通院 (医科)	☐ 通院 (歯科)	☐ 調剤	☐ 訪問 看護	☐ 限度額
医療機関名称							
振込先	銀行 農協 信金 信組		☐ 普通 ☐ 当座	口座番号			
	支店 本店 出張所		名義人 (カタカナ)				

市 処 理 欄	入外区分	入 ・ 外	診療年月	年	月	日 数	日
	総医療費 (又は装具費等)	円	備考				
	高額療養費	円					
	附加給付金	円					
	一部自己負担額	円					
	公費助成額	円	受付番号				