

記入例

重度障害者医療費支給申請

受給者（未成年者の場合は保護者）の住所、氏名（署名または記名押印）、電話番号を記入ください。

久留米市長 宛て

申請者 住所 久留米市城南町15番地3

氏名 久留米 太郎
TEL 0942(30)9000

医療証の受給者番号と、氏名、続柄、性別、生年月日、住所を記入ください。

次のとおり、（一部負担金）を申請します。

受給者番号	9080705			世帯主	久留米 太郎		
氏名	久留米 太郎		続柄： 本人 性別： 男	個人：	平成3年 3月 3日生		
住所	久留米市城南町15番地3			TEL			
被保険者氏名	久留米 太郎		個人： 性別： 男		平成3年 3月 3日生		
住所	久留米市城南町15番地3			TEL	保険証の被保険者氏名、性別、生年月日、住所と、		
保険者番号	01400019	記号	1234567	番号	12		
種別				保険	保険証の記号番号、保険者名称を記入ください。		
保険者	全国健康保険協会 福岡支部			保険喪失日	年 月 日		
資格取得日	年 月 日			資格喪失日	年 月 日		
有効期間	年 月 日から			年 月 日まで			
療養期間	令和4年 4月 1日から			年 月 日まで 1日間			
	<input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 外来						
医療機関	所在地 鳥栖市 名称 ○○医院 ①医科 ②歯科 ③調剤 ④特定疾病 ⑤訪問看護 ⑥看護科 ⑦治療用器具 ⑧その他()						
申請理由 〔該当番号を ○で囲む〕	1 医療保険各法による療養費が支給され、 ② 県外の保険医療機関等で受診した。 3 その他()			領収書の金額のうち、保険適用分医療費の自己負担額を記入ください。 ※予防接種や自由診療などは保険対象外のため支給の対象となりません。ご注意ください。			
療養に要した費用	○医療機関で支払った自己負担分相当額 2,500 円						

法定給付(割)	高額(現物)	他法負担	自己負担額(支払分)	高額(現金)	附加給付	定額負担	支給決定額
			()				

申請者名義の口座名を記入ください。

振込先	金融機関名	○○○ 銀行・信用金庫 農協・信用組合			○○○ 支店 支所 出張所		
	口座番号	普通	当座	貯蓄	フリガナ	クルメ タロウ	
					口座名義人	久留米 太郎	

★申請書は診療年月別、医療機関別、入院外来別に記入してください。

上・耳・筑・千・高)

受付	入力	チェック