医療費交付申請書

年　　月　　日

碧南市長　様

申請者　　住所

氏名

電話　　（　　）

次のとおり申請します。

記

金　　円

年　　月分保険診療一部負担金明細は、別紙のとおりとする。

医療受給者	受給者番号		加入保険	□ 現在加入保険確認済み
			入・外区分	□ 入院　□ 外来
	氏名		種類	□ 一般診療　□ 柔整　□ その他 □ 補装具　□ アンマ・マッサージ □ 移送　□ 鍼灸
	生年月日		分類	□ 医科　□ 施設療養 □ 歯科　□ 訪問看護 □ 調剤　□ 柔整

計　算　方　法（※以下の欄は記入しないでください。）

保険診療費用額				高額療養費			
保険給付分（　割）				自己負担額			
一部負担金（　割）				交付決定額			

振込口座	金融機関コード					支店コード				□ 前回と同様										
	金融機関名	銀行・信金 信組・農協 その他（　　）								支店名	本店・支店									
	種別	□ 普通　□ 当座　□ 貯蓄　□ その他									口座番号									
	名義																			
備考																	受付			

医療機関コード										