

重度障がい者医療費支給申請書

令和 年 月 日

福岡県太宰府市長 殿

申請者 住 所

氏 名

電 話

次のとおり、（一部負担金・療養費）を支払いましたので、重度障がい者医療費の支給を申請します。

重度障がい者医療証 の 受 給 者 番 号		被保険者証等 の 記 号 ・ 番 号	
受 給 者 氏 名		保 険 者 名 称	
生 年 月 日		世 帯 主 被 保 険 者 等 氏 名	
傷 病 名			
	療養期間 年 月 日から 年 月 日まで		
医 療 機 関	所在地		
	名 称		
医 療 費 総 額	円	申 請 額	円
申 請 理 由 [該当する番号 を○で囲む]	1. 医療保険各法による療養費が支給された 2. 県外の医療機関等で受診した 3. その他 ()		
振 込 先	銀 行 名	銀行・農協・信用金庫	
	支 店 名	本店・支店・出張所	
	口 座 番 号	普通・当座	
	フリガナ 名 義 人		