

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

振込先名義人の住所、氏名、
電話番号を記入受診された方の医療証情報、
氏名、生年月日のみ記入

※その他記入しないでください

次のとおり、（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
申請理由 [該当する番号 を○で囲む]	1. 医療保険 2. 県外の医療 3. その他（ 振込先の金融機関、支店名、口座 番号、普通・当座の別、名義人を もれなく記入 ※名義人のフリガナを必ず記入
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