

障害者医療費助成申請書

安城市長

注意 太枠の中のみ記入してください。

申請日 令和 ○ 年 月 × 日

申請者	住所	安城市桜町18番23号		
	氏名	安城 太郎	電話	0566-71-2232
受給者	受給者番号	513xxxxxx	加入医療保険	記号・番号 記号1234 番号5678
	氏名	安城 太郎		保険者の名称 安城健康保険組合
	生年月日	昭和50年1月1日		被保険者氏名 安城 太郎
				付加給付 有 ・ 無
振込先金融機関名		種別	口座番号	口座名義人
安城 銀行 信用金庫 農協 桜町支店		普通	1234567	(カタカナで記入) アンジョウ タロウ

添付書類 1 医療機関発行の領収書の写し又は下記の証明書兼領収書（医療機関で証明をもらってください。）
2 健康保険組合の場合は、家族療養費又は付加給付金決定通知書

保険診療内容証明書兼領収書			月分
区分	入院	入院外	
傷病名	(1) (2) (3)	(1) (2) (3)	
診療実日数	日	日	
総点数	点	点	
医療保険負担点数	点	点	
結・精等公費負担点数	点	点	
自己負担額	円	円	
第三者行為による療養の場合は、その種類			
年 月 日			
医療機関 所在地 名称 医師氏名			

認定欄	自己負担額	付加給付額	一部負担金	助成額
	円	円	円	円