様式第４号(第５条関係)

医療費支給申請書

医療費区分	□子ども　□障害者 □母子･父子家庭　□後期高齢者 □精神障害者	加入医療保険	保険者番号		
保護者			保険者名		
受給者番号			記号番号		
(ふりがな)		申請理由	□　医療費（中学生・１６歳～１８歳） □　補装具による療養のため □　県外診療のため □　その他(　　)		
受給者名					
生年月日	年　月　日				

申請額の内訳	診療年月	入外区分	申請額	備考
	月	入・外	円	
	月	入・外	円	
	月	入・外	円	
	月	入・外	円	
	月	入・外	円	
	月	入・外	円	
	計		円	

(宛先)　愛　西　市　長

上記のとおり、医療に要した費用の額に関する証拠書類を添えて申請します。

年　　月　　日

住　所　愛西市
申請者(居住地)
氏　名
電　話(　　)　　―

上記の申請に基づく医療費の受領を次の代理人に委任します。

(受給者氏名)　　(代理人住所)

(代理人氏名)
(続柄：　　)

口座振替依頼欄			
	銀　行 信用金庫 農　協		本店 支店 出張所
	種　目	口座番号(右寄せ)	口座名義人(ふりがな)
	1　普通預金 2　当座預金 3　その他		

資格取得事由	1　転　入　　2　その他(　　) (資格取得事由発生年月日　　年　　月　　日)
備　考	