

重 度 障 が い 者 医 療 費 支 給 申 請 書						
令和 年 月 日						
宛先 古賀市長						
申請者 住 所						
氏 名						
T E L ()						
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。						
受給者番号				世帯主		
氏 名	続柄：			個人：	年 月 日生	
	性別：			年 月 日生		
住 所				TEL		
被保険者氏名	個人：			年 月 日生		
	性別：			年 月 日生		
住 所				TEL		
保険者番号		記 号		番 号		
種 別					保険有効日	
保 險 者					保険喪失日	
傷 病 名	療養期間	年 月 日から 年 月 日まで		給付の種類	1 医 科 2 歯 科 3 調 剤 4 その他	
医 療 機 関	所在地 名 称					
申 請 理 由 (該当番号を ○で囲む)	1 医療保険各法による療養費が支給された 2 県外の保険医療機関等で受診した 3 その他 ()					
療養に要した 費 用	○ 医 療 費 総 額 円			○ 申 請 額 円		
保険者負担	一部負担金	高額療養費	他法負担	自己負担額	違 算	支 給 決 定 額

振込先	金融機関名				支 店 支 所
	口座番号	普・当	フリガナ		
			口座名義人		

記入見本

※黄色の部分のみご記入ください。

今日の日付を記入してください。

請書

令和××年××月××日

宛先 古賀市長

申請書を記入する方の情報を
記入してください。

申請者 住所 古賀市駅東1丁目1番1号

氏名 古賀 太郎

TEL 092 (942) 1194

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。

受給者番号				世帯主			
氏名	古賀 太郎			続柄:	個人:		
				性別:	年 月 日生		
住所	古賀市駅東1丁目1番1号			TEL	092-942-1194		
被保険者氏名				個人:	年 月 日生		
住所				性別:	年 月 日生		
保険者番号				番 号	TEL		
種 別				保険有効日			
保 険 者				保険喪失日			
傷 病 名	療養期間	年 月 日から 年 月 日まで	給付の種類	1 医 科 2 歯 科 3 調 剤 4 その他			
医 療 機 関	所在地 名 称						
申 請 理 由 (該当番号を) (○で囲む)	1 医療保険各法による療養費が支給された 2 県外の保険医療機関等で受診した 3 その他 ()						
療養に要した 費 用	○ 医 療 費 総 額 円			○ 申 請 額			
保険者負担	一部負担金	高額療養費	他法負担	自己負担額	違 算	給 決 定 額	

重度障がい者医療の受給者の口座情報を
記入してください。ゆうちょ銀行の場合は、
「店番」を記入してください。
記入例：748

振込先	金融機関名	西日本シティ銀行		古賀	支 店 支 所
	口座番号	普・当	1234567	フリガナ コガ タロウ	口座名義人 古賀 太郎