医療費支給申請書

豊川市長　殿

住　所

申請者

氏　名

電　話　（　　）　　－

下記のとおり子ども、障害者、母子・父子家庭、精神障害者、後期高齢者福祉医療費の支給を申請します。

受給者番号		保険者名	
フリガナ		被保険者氏名	
氏名	（子ども医療の場合は子どもの氏名）	被保険者証の記号番号	
生年月日	T･S･H･R　　年　　月　　日	附加給付	有　・　無
傷病名		療養期間	年　月　日 年　月　日
医療機関	所在地		
	名称		
医療費総額			
申請額			
申請事由	1. 県外受診 2. 療養費 3. 受給者証交付前受診 4. その他（　　）		
支払方法	口座振替		

振込先	金融機関名	支店名	口座種別・番号	口座名義人（カナ）
			普通　　当座	

委任欄	（委任欄） 私は、＿＿＿＿＿＿＿＿を代理人と定め、次の権限を委任します。 この申請に基づく医療費の受領に関すること。受給者＿＿＿＿＿＿＿＿ 代理人(住所)＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ (氏名)＿＿＿＿＿＿＿＿　(受給者との関係)＿＿＿＿＿＿＿＿

（注１）上記申請者欄の住所・氏名・電話番号と、太枠内をすべてご記入ください。

（注２）医療機関の領収書等を添えてください。

（注３）訂正する場合は、訂正箇所に二重線を引き正しい内容を記入して下さい。