

様式第11(第8条関係)

精神障害者医療費支給申請書

年 月 日

設楽町長 様

住所  
申請者  
氏名 (印)

下記のとおり医療費を支給してください。

受給資格者	受給者証 記号番号		加入 保 険 保 険	保険証の 記号番号	
	住 所			被保険者 氏 名	
	氏 名			保 険 者	
	生年月日	年 月 日		附加給付 の 状 況	有 ・ 無
傷 病 名		通 院 区 分		入 院 外 入 院	
医 療 機 関	所在地 名 称				
医 療 費 総 額					円
申 請 額					円
支 払 方 法	金融機関名 ( ) 預金種類 ( 普通・当座 ) フリガナ 口座番号 ( ) 口座名義 ( )				
申 請 理 由					