

(第14条関係)

支給 決定 伺	課長	補佐	係長	係		支給金額

医療費支給申請書						
保険者 番号	461301		被保険者 記号番号	和国保		
世帯主 氏名			医療に 要した 費用	総医療費		
被保険者 氏名				一部 負担金		
生年月日	年 月 日生			申請金額		
個人番号						
診療区分	入院	入院外	診療月	年 月診療分		
期間	年 月 日 同 月 日		日間	診療科		
受けた医療の種類	1. 一般診療 2. 補装具 3. あんま・マッサージ 4. はり・きゅう 5. 訪問看護 6. 移送費 7. その他 ( )					
第三者行為の有無	有 ・ 無					
申請の理由						
医療機関等の所在地・名称						
従事した医師等の氏名						
振 込 先	金融機関名	支店・支所	種別	口座番号	口座名義人	
			普通 当座			
上記のとおり、医療に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。 年 月 日 申請者（世帯主） 住所 大島郡和泊町 氏名 ⑩ 電話 和泊町長 伊地知 実利 殿						