

医療費支給申請書

受給者番号					
受給（資格）者氏名					
生年月日		年 月 日			
住所 (居住地)					
加入状況 医療保険の	被保険者氏名			記号番号	
	保険者番号			保険者の名称	
理由	1 県外受診 2 治療用器具 3 受給者証を持参しなかった 4 その他 ()				
療養に要した費用について別紙証拠書類を添えて申請します。 令和 年 月 日 住 所 申請者（居住地） _____ 氏 名 _____ 電話番号 () _____ (宛先) 春日井市長					
支給決定金額の受領については、次の者に委任します。					
金融機関名		預金 種目		口座名義人	
				フリガナ	
支店		口座 番号		氏名	

申請番号			
診療年月日	年 月 日から 年 月 日まで 日間	年 月 日から 年 月 日まで 日間	年 月 日から 年 月 日まで 日間
医療機関名			
医療機関コード			
区分 割合	入院・外来 1・2・3割	入院・外来 1・2・3割	入院・外来 1・2・3割
総医療費	円	円	円
法定給付額	円	円	円
自己負担額	円	円	円
一部負担額	円	円	円
附加給付金	円	円	円
高額療養費	円	円	円
助成額	円	円	円