

日の出町指定疾病医療費助成支給申請書

認定証番号		申請診療月							
対象者	氏名	(フリガナ)	性別	生年月日	年	月	日	年齢	歳
	住所	〒 - 電話番号 ()							
対象者に関する事項	保険の種類	保険者番号							
	健康保険証記号番号	助成対象開始日		年 月 日から開始					
	被扶養者である場合の保険加入者本人氏名	(フリガナ)				他の公費			
						附加給付			
	高額療養費の支給回数	直近3回の高額療養費該当月(1年以内) 回 年 月分・ 年 月分・ 年 月分							
該当する所得区分	自己負担限度額								
<p>日の出町長 様</p> <p>上記のとおり、指定疾病医療助成費を請求します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">申請者 氏名 ⑩</p> <p style="text-align: center;">電話 ()</p>									

※太枠内を記入してください。

※初めて支給申請をする場合は、「口座振込指定申請書」を添付してください。

事務処理欄

点検	入力	確認	□決 □調	支給決定額 □計算票有	年 月分
				領収書 預かり枚数	枚
口座振込指定				医療費(領収書)の総額	
申請済	新規申請	口座変更			