

重度心身障害者等医療費 助成申請書

年 月 日

高岡市長 様

〒
 申請者 住 所 _____
 氏 名 _____
 電 話 _____

次のとおり医療費の助成給付を受けたいので請求します。

受 診 者	受給者番号						
	住 所						
	氏 名						
	生 年 月 日			電 話 番 号			
加 入 保 険	名 称						
	保 険 者 番 号			保 険 種 別			
	被 保 険 者 氏 名						
	記 号				番 号		
振 込 先	銀行コード				支店コード		
	口座種別			口座番号			
区 分	診 療 年 月	日 数 (回数)	点数 (金額)	他法負担点数	医療費請求額	高額療養費	
請 求	入 院	日	点	点	円	円	
	入 院 外						