

**重度心身障害(児)者
しらか元気っ子事業
子育て支援
ひとり親家庭等**

医療療養費支給申請書

下記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。

令和 ____年 ____月 ____日

白 鷹 町 長 殿

山形県西置賜郡白鷹町大字 _____番地

本人(被保険者) _____ ㊦

個人番号 _____

被保険者証 の記号番号	療養を受けた 被 保 険 者 氏 名		個人番号	
	生 年 月 日		大昭平令 . . 生	続柄
傷 病 名	発病負傷の 年 月 日		令和 ____年 ____月 日から	
			療養期間	令和 ____年 ____月 日まで
診療、薬剤の支給又は手当てをうけ た病院、診療所、薬局その他の者の 名称及び所在地			日間	
診療又は調剤に従事した医師歯科 医又は薬剤師の氏名				
療養給付 を受ける ことがで きなかつ た理由	発病の原因			
	傷病の経過			
療養内容	療 養 に 要した費用			
備 考	1. 銀行	支店	口座番号	
	2.山形おきたま農協			
	口座名義人氏名			
令和 ____年 ____月 ____日 支給済				