

特定疾患医療費支給申請書

令和 年 月 日

山口県知事 様

申請者 住所 〒

TEL() -

ふりがな
氏名

年 月分の医療費の支給を下記のとおり申請します。

記

患者	氏名				受給者番号				
	住所	〒			TEL() -				
	性別	男・女	生年月日	明・大・昭・平		年	月	日	(歳)
保護者	氏名				患者との続柄				
保険種別	本人・家族				保険者負担割合	1	7割		
	協・組・船・共・国・退・後・介					2	8割	3	9割
病名									
診療を受けた医療機関名									
支給申請額		円							
※決定	入院	診療実日数	診療費(A)	社会保険負担分(B)	診療費自己負担額(A-B=C)	食事自己負担額(D)	自己負担額計(C+D+E)	患者一部負担額(F)	支給決定額(E-F)
		日	円	円	円	円	円	円	円
	外来等	診療実日数	診療費(A)	社会保険負担分(B)	診療費自己負担額(A-B=C)			患者一部負担額(D)	支給決定額(C-D)
		日	円	円	円			円	円
	院外処方	診療実日数	診療費(A)	社会保険負担分(B)	診療費自己負担額(A-B=C)			支給決定額(C)	
		日	円	円	円			円	

口座振替申出書

下記の口座に振り込んでください。

口座 名義人 (カタカナ)		銀行	支店	普通	口座番号
		信用金庫	支所		
		農協	出張所	当座	

注 (1) ※欄は記入しないでください。

(2) 申請者と窓口に来られる方が異なる場合は委任状の提出が必要となります。

※經由保健所	保健所	※保健所受付日	・	・
※健康増進課受付日	・	・	※健康増進課決定日	・