

下記のとおり補装具に要した費用の支給を申請します。

記

受診者氏名		ふりがな 下関花子						男・女		生年月日		〇〇年〇〇月〇〇日					
受診者住所		下関市〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇															
受診者の加入医療保険の記号及び番号		〇〇〇 〇〇〇〇〇							保険者名		〇〇健康保険組合						
受給者証	公費負担者番号	1	6	3	5	6	0	2	4	受給者番号	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇
	有効期間	〇〇年〇〇月〇〇日から 〇〇年〇〇月〇〇日まで															
病名		〇〇〇〇〇〇〇〇〇															
指定育成医療機関名		〇〇〇〇病院															
区分		補装具代金 (A)				医療保険負担分 (B)				自己負担月額上限額残額 (C)				支給申請額 (A) - (B) - (C)			
		円				円				円				円			

次の口座に振り込んでください。

〇〇	銀行 信用金庫 組合	〇〇	支店 支所	口座番号 (普通 ・ 当座) 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
口座名義人(フリガナ) シモノセキ タロウ				

申請受付年月日	年 月 日
---------	-------