

医療費支給申請書

中能登町長

赤字の部分を署名下さい。

年 月 日

申請者住所 中能登町末坂〇部×番地

申請者氏名 中能登 太郎

別添医療費領収書のとおり心身障害者医療費の給付を受けたいので申請します。

受給者	受給者等番号	1111111
	氏名	中能登 太郎
	生年月日	〇年〇月〇日
	障害の状況	身体1級
加入医療保険	被保険者氏名	中能登 太郎
	被保険者記号番号	222222
	被保険者	中能登町
振込口座	金融機関	〇〇銀行
	口座名義人	ナカノト タロウ
	口座番号	33333