

医療費支給申請書

年 月 日

中能登町長

申請者住所

申請者氏名

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	
	氏名	
	生年月日	
	障害の状況	
加入医療保険	被保険者氏名	
	被保険者記号番号	
	被保険者	
振込口座	金融機関	
	口座名義人	
	口座番号	