**** **医療費支給申請書**

✔

住所　川口市

申請者（受給資格者）　氏名

　　　　　（　　　　　）

電話

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （医療を受けたひと）受　　給　　者 | 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  | 使用した保険証 | 記号・番号(被保険者番号) |  |
| フリガナ氏名 |  | 被保険者等の氏名 |  |
|  | 男・女 | 保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 保険者(交付者)の名称 |
|  |
| 生年月日 | 大・昭・平・令 |  | 年 |  | 月 |  | 日生 | □国民健康保険　□全国健康保険協会□健康保険組合　□共済組合　□後期高齢 |
| 申請する診療年月 | 平・令　　　年　　　月分の診療（調剤）について申請いたします。 |

