

年 月 日

松原市長 殿

重度障害者医療費支給申請書
及び口座振込依頼書

公費負担者番号	
受給者番号	

申請者 住所 松原市
氏名 _____ (印)
電話 _____

下記のとおり医療費の支給を申請します。
なお、口座振込によって支払ってください。

受給者				生年月日			
加入 医療 保険	被保険者			種別	協・組・日・船・共・国・国組・自・特定・後期		
	記号		番号		保険者番号		
	負担割合	割	付加給付	有・無	保険者名		
口座 振込	銀行・信金 信組・農協		コード欄	預金種目	普通・当座・貯蓄		
				口座番号			
	支店 出張所			口座名義人 (カタカナ)			

委 任 状 欄			年 月 日
	支給される医療費の受領に関する一切の権限を		
に委任します。		
	住所	_____	
	申請者 氏名	_____ (印)	