様式第４号

|  |
| --- |
| 　年　　　月　　　日　　　　蟹　江　町　長　殿住所申請者　氏名　　　　　　　　　　　　　電話　　　下記のとおり医療費を支給してください。 |
| 受給資格者 | 受給者証記号番号 | 　**５５０** | 加入医療保険 | 保険証の記号番号 |  |
| 住所 |  | 被保険者氏名 |  |
| 氏名 |  | 保険者 |  |
| 生年月日 | 昭平 | 年　　　月　　　日 | 付加給付の状況 | 有　・　無 |
| 傷病名 |  | 通院区分 | 入 院　・　通 院 |
| 医療機関 | 所在地名　称 |
| 医療費総額 |  | 点 |
| 申請額 |  | 円 |
| 支払方法 | 　口座振替　　　　　　銀行　　　　　　支店　　口座番号　　　　　　　　　　　　　　　　普通　・　当座　　　　　口座名義人　　　　　　　　（ﾌﾘｶﾞﾅ　　　　　　　　） |
| 申請理由 |  |