　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 | |  | | | | | |