

1級、2級、A、B1(入院)
3級、B1(外来)、B2

心身障害者医療費支給申請書

年 月 日

宝達志水町長 様

(申請者)住 所
氏 名



下記医療費領収書のとおり医療費、施術料を支払いましたので申請します。

医療費領収書

年 月 診療分

入院・外来の 区 別	入 院	外 来		
診療実日数	日		加入保険の種別	後期高齢
保 険 点 数	点			社会保険
一部負担金	円			国民健康保険
高 額	円			
支給決定額	円			

上記金額を領収しました。

年 月 日

(患者氏名)

様

医療機関
所在地
名 称
氏 名

