

宮古島市重度心身障害者(児)医療費助成申請書

年 月 日

宮古島市長 様

住 所： _____

申請者 氏 名： _____

電話番号： _____

次のとおり、一部負担金を支払いましたので、医療費の支給を申請します。

受給者番号		被保険者証等の 記号・番号	
受給者氏名		世帯主・被保険 者・組合員氏名	
生年月日		認定年月日	
医療費総額		申請額	
申請理由 (該当する番号 を○で囲む)	1 県内の医療機関等で受診した。 2 県外の医療機関等で受診した。 3 その他 ()		
添付書類	必要な証拠書類 領収書		
振込金融機関		口座番号	