



伺	起案年月日		年 月 日		
	下記のとおり決定してよろしいかお伺いします。				
決定	町長	副町長	課長	決定年月日	起案者
				年 月 日	Ⓜ

※ この欄には記入しないで下さい。

整理番号	1	支給金額	円	③ - ④ - ⑤ - ⑥	決定点数 ①	点
					費用額 ②	円
					①×10	
					一部負担金 ③	円
					②×0.	
					(実際に支払った額)	()
摘要	2	(支給しない理由)	平成 年 月 日分	自己負担額 ④	1,000円	
				高額療養費 ⑤	円	
				附加給付額 ⑥	円	

医療費支給申請書

医療を受けた者の氏名		男 女	平成 年 月 日生
医療を受けた病院	住所		
	名称		
	診療科		
入院・入院外の別および医療を受けた期間	入院	平成 年 月 日から	日間
	入院外	平成 年 月 日まで	
医療に要した費用	円		
加入保険	被保険者名		
	被保険者証の記号番号		
	保険者名		
	附加給付の有無	有・無	
上記のとおり、療養に要した費用に関する証拠書類を添えて支給を申請します。			
平成 年 月 日			
伊根町長 様			
申請者 住所 京都府与謝郡伊根町字			
氏名 Ⓜ			
振込先金融機関名	預金種別・口座番号	口座名義名	
<input type="checkbox"/> 京都丹後農業協同組合 <input type="checkbox"/> 京都銀行 <input type="checkbox"/> 京都北都信用金庫 <input type="checkbox"/> 京都府信用漁業協同組合連合会 支店	当座・普通 NO. _____	_____	