



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	⑩

※ この欄には記入しないで下さい。

整理番号	1	支給金額	円	決定点数 ①	
				支給する	費用額 ②
摘要	支給する	③-④-⑤-⑥	令和 年 月 日	①×10	円
		支給期間		一部負担金 ③	円
	支給しない	(支給しない理由)	(実際に支払った額)	()	
			自己負担額 ④	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	令和 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	令和 年 月 日から 日間
	入院外	令和 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。		
令和 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 ⑩		
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. _____	_____