第 10 号様式（第 11 条関係）

医療費支給申請書

受　給　者　番　号				
受給（資格）者氏名	春日井　一郎			
生　年　月　日	令和 ▲ 年　5月　23 日			
住　　所 （居　住　地）				
医療保険の加入状況	被保険者氏名		記 号 番 号	
	保険者番号		保険者の名称	
理　由	1　県外受診　　2　治療用装具　　3　受給者証を持参しなかった 4　その他（　　）			

赤ちゃんの氏名・生年月日

この太枠内のみ
ご記入ください

申請書を提出する日

ついて別紙証拠書類を添えて申請します。

令和　　年　　月　　日

住　　所
申請者（居住地）　春日井市鳥居松町●丁目●番地

氏　　名　　春日井　太郎
電話番号　（　090－××××－××××　）

（宛先）春日井市長

支給決定金額の受領については、次の者に委任します。

金融機関名		預金種目		口　座　名　義　人	
				フリガナ	
支　　店		口座番号		氏　　名	

申請番号			
診療年月日	年　月　日から 年　月　日まで　日間	年　月　日から 年　月　日まで　日間	年　月　日から 年　月　日まで　日間
医療機関名			
医療機関コード			
区分　割合	入院・外来　1・2・3割	入院・外来　1・2・3割	入院・外来　1・2・3割
総医療費	円	円	円
法定給付額	円	円	円
自己負担額	円	円	円
一部負担額	円	円	円
附加給付金	円	円	円
高額療養費	円	円	円
助成額	円	円	円