

医療証番号	第	号
-------	---	---

厚木市心身障害者医療費支給申請書

令和 年 月 日

(あて先) 厚木市長

住 所 \_\_\_\_\_  
申請者 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ 印

次のとおり申請します。

フリガナ		生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
対象者氏名			
住 所	厚木市	電話	( )
		FAX	
障害の 程 度	1	A1	障害認定 年 月 日
	2	級・IQ A2	
	3	B1	転入日
			令和 年 月 日 ※知的障害者は判定日
加 入 の 医 療 保 険	保険者番号		記号
	被保険者名		<input type="checkbox"/> 本人 番号
	保険者名称	<input type="checkbox"/> 厚木市国保 <input type="checkbox"/> 健保組合 <input type="checkbox"/> 協会健保 <input type="checkbox"/> 国保組合 <input type="checkbox"/> 共済組合等 <input type="checkbox"/> 神奈川県後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 県外後期高齢者医療	
	所在地	※ (厚木市国保は記入する必要はありません。)	
	電 話	※	
診 療 年 月	年 月 分	申 請 額	円
振 込 先 口 座	銀行・信用組合・信用金庫・農協		受 付 印
	支店・支所・出張所		
	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当 座		
	口 座 番 号	-	
	口座名義人 (カタカナで記入)		