

		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																			
申請者 住 所 _____ (対象者)氏 名 _____																			
窓口に住 所 _____ 来た人氏 名 _____ 続 柄 _____																			
次のとおり申請します。																			
フリガナ								生年月日		☐ 大正 ☐ 昭和 年 月 日 ☐ 平成 ☐ 令和									
対象者氏名										電話		()							
住 所		厚木市						FAX											
障害の 程 度		1		A1		障害認定 年 月 日		年 月 日 ※知的障害者は判定日											
		2 級 ・ IQ		A2															
		3		B1		転入日		令和 年 月 日											
加 入 の 医 療 保 険	保険者番号								記号										
	被保険者名								☐ 本人		番号								
	保険者名称		☐ 厚木市国保 ☐ 健保組合 ☐ 協会健保 ☐ 国保組合 ☐ 共済組合等 ☐ 神奈川県後期高齢者医療 ☐ 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																		
	☐ 普 通 ☐ 当 座																		
	口 座 番 号					－													
	口座名義人 (カタカナで記入)																		