

様式第8号の2(第13条関係)

県障医療費助成申請書(「療養費の支給」「一部負担金」の助成用)										
年 月 日										
魚沼市長 様										
申請者 住 所 魚沼市 氏 名										
⑩										
次のとおり金 円の医療費の助成を申請します。										
受給者証番号					保 険 者 名					
受 給 者 氏 名					記 号 ・ 番 号					
受 療 者 氏 名					被 保 険 者 氏 名					
振込指定機関		銀行名			支店名			口座番号		
※ 他 法 負 担 額				一 部 負 担 額				決 定 額		

- (注) 1 ※印欄は記入しないこと。
- 2 「療養費の支給」による助成申請の場合は、保険者からの支給を証する書類を添付して申請すること。
- 3 「一部負担金」の助成申請の場合は、その事由を証する書類を添付して申請すること。