

様式第7号（第8条関係）

与那国町重度心身障害者（児）医療費助成申請書

年 月 日

与那国町長 様

申請者 住所  
氏名 印

次のとおり、一部負担金を支払いましたので、医療費の支給を申請します。

受給者番号		被保険者証等の 記号・番号	
受給者氏名	世帯主、被保険者・ 組合員氏名		
傷病名			
	療養期間 年 月 日から 年 月 日まで		
医療機関	所在地 名称		
医療費総額		申請額	
申請理由 該当する番号を○ で囲む。	1 県内の医療機関等で受診した。 2 県外の医療機関等で受診した。 3 その他 ( )		
添付書類	必要な証拠書類 領収書		