

島外医療施設の受診等に係る通院費の助成申請書

令和 年 月 日

伊 江 村 長 殿

申請者 住所
氏名 印

必要書類を添えて下記のとおり申請いたします。

記

本人 (対象者)	ふりがな		性別	生年月日		
	氏名		男・女	年 月 日		
			電話番号			
住所	〒905- 伊江村字					
加入 保険	保険種類	国 ・ 政 ・ 船 ・ 共 ・ 組 ・ その他 ()				
	保険者名称		記号		番号	
申請 理由	1 がん治療のため 2 子宮頸がん予防ワクチン接種後の副反応疑いに係る治療のため 3 小児慢性特定疾病に係る治療のため 4 指定難病に係る治療のため 5 特定疾患に係る治療のため 6 重度障害者(児)で医師が認めた治療のため 7 妊産婦 8 一般不妊治療、不育治療及び生補助医療を受ける夫婦 9 未熟児療育医療の受療児 10 上記患者の付添人(付添人氏名： 続柄) ※付添いが必要理由					
受給者証等の番号						
有効期限		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで				
指定 振込 先	金融機関名					
	口座の種類	普通 ・ 当座	ふりがな			
	口座番号		口座名義人			
添付 書類	<input type="checkbox"/> 受給者証又は対象者であることを証する書類					備 考
	<input type="checkbox"/> 指定の意見書等					
	<input type="checkbox"/> 健康保険証の写し					
	<input type="checkbox"/> 指定振込口座通帳の写し					