

福祉医療費支給申請書

記入例

長与町長 様

提出日 年 月 日

下記のとおり福祉医療費の支給を申請します。

(ふりがな)	ナガヨ チチ	電話番号	〇〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇
申請者氏名 (受給者)	長与 父	受給者証番号	〇〇〇〇〇〇 - 〇
住所	長与町 嬉里 郷丁目	659 番地	1
受診者氏名 (支給対象者)	ナガヨ 長与 ユウコ	受診者生年月日	〇年 〇月 〇日
医療保険別	国保 <input type="radio"/> 社保 <input checked="" type="radio"/> 後期 <input type="radio"/>	保険証の名称	〇〇〇健康保険組合
申請種別	身体1,2級 <input type="radio"/> 身体3級 <input type="radio"/> 療育A1,A2 <input type="radio"/> 療育B1 <input type="radio"/> 精神1級 <input type="radio"/> 難病 <input type="radio"/> 寡婦 <input type="radio"/>		
	乳幼児(就学前) <input type="radio"/> 乳幼児(就学前) <input type="radio"/> 乳幼児(就学前) <input type="radio"/> 母子の母 <input type="radio"/> 母子の子 <input type="radio"/> 父子の父 <input type="radio"/> 父子の子 <input type="radio"/>		

- ※ 太枠内に記入をお願いします。
- ※ 添付した領収書は返却できません。
- ※ 住所や医療保険に変更がある場合は異動届をご提出ください。

※領収書を添付している場合は下記の証明は不要です。

診療報酬証明書				
診療月	診療日数	区分	保険診療点数	保険診療内の本人支払額
年 月分	日	入院・外来	点	円
年 月分	日	入院・外来	点	円
年 月分	日	入院・外来	点	円
年 月分	日	入院・外来	点	円
年 月分	日	入院・外来	点	円
年 月分	日	入院・外来	点	円
年 月分	日	入院・外来	点	円
年 月分	日	入院・外来	点	円
年 月分	日	入院・外来	点	円
年 月分	日	入院・外来	点	円
年 月分	日	入院・外来	点	円
年 月分	日	入院・外来	点	円
年 月分	日	入院・外来	点	円

上記のとおり領収したことを証明します。 年 月 日

住所 医療機関名 印

※医療機関等の印が無いものは無効です。※上記記入箇所以外の欄は斜線をお願いします。

【事務処理欄】 ※記入不要

日数	総医療費	一部負担金 A	高額療養費等 B	自己負担 C	支給額 A-B-C
入外歯薬				0	
				800	
				1,200	
				1,600	
日	円	円	円	円	円