

福祉医療費支給申請書

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。

<small>(ふりがな)</small>		電話番号	— —		
申請者氏名 <small>(受給者)</small>		受給者証番号			
住 所	長与町	郷 丁目	番地		
<small>(ふりがな)</small>					
受診者氏名 <small>(支給対象者)</small>	<small>※申請者と同一であれば省略可</small>		受診者 生年月日	年 月 日	
保険証の名称					
申請種別	身体 1.2級	身体 3級	療育 A1.A2	療育 B1	精神 1級
	難病	乳幼児 (就学前)	こども (小学生)	こども (中学生)	こども (高校生)
	母子の母	母子の子	父子の父	父子の子	寡婦

診 療 報 酬 証 明 書					
診療月	診日	療数	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
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

【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	
	日				1,600	円