

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。

(ふりがな)			電話番号	— —		
申請者氏名 (受給者)	印		受給者証 番号			
住 所	長与町	郷 丁目	番地			
受診者氏名 (支給対象者)	※申請者と同一であれば省略可		受診者 生年月日	年 月 日		
医療保険 種 別	(国保)	(社保)	(後期)	保険証 記号番号		
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))	(母子 の母)	(母子 の子)	(父子 の父)	(父子 の子)
					(寡婦)	

- ※ **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

上記のとおり領収したことを証明します。 ※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。

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	円	円	円	円	円