

福祉医療費支給申請書

申請額 金 円

受給者氏名 生年月日	年 月 日生		受給者番号 (移・障・乳・母)	
保険種別	政・組・日・船・共・国・組国		保険者証の 発行機関名	保険者番号 ()
記号番号				
医療の種別	入院・入院外・調剤・歯科・補装具・高額医療費・その他 ()			
医療機関等の 名称・所在地			医療を受けた 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日 日間
総医療費	保険者負担額	自己負担額 (本人支払額)	一部自己負担額	福祉医療費 支給決定額
円	円	円	円	円
添付書類 1 保険給付がなされることを証明した書類 2 保険医療機関等において発行された領収書 (医療費、薬剤費が区別して記載されたものであること。) 3 医療保険が療養費払いの場合には、療養費支給証明書 4 家族療養費附加金等がある場合には、附加給付等支給額証明書				
上記のとおり医療費の支給を申請します。 <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> 淡路市長 様 <p style="text-align: center;">住所 淡路市 申請者 氏名 (電話)</p>				
振込先金融機関名			預金種別	1 普通 2 当座
銀行 信用金庫 農協 信用組合			本店	
			支店	
			出張所	
			口座番号	
			フリガナ	
			口座名義人	

記入例

太線で囲まれている部分を申請書に記入してください

福祉医療費支給申請書

申請額 金 円

受給者氏名 生年月日	氏名 ○年 ○月 ○日生	受給者番号 (移・障・乳・母)	○○○○○○○
保険種別	○組・日・船・共・国・組国	保険者証の 発行機関名	全国健康保険協会 ○○支部 保険者番号 (12345678)
記号番号	○○○○○○○		
医療の種別	入院・入院外・調剤・歯科・補装具・高額医療費・その他()		
医療機関等の 名称・所在地	○○○○病院・薬局など	医療を受けた 期間	○年 ○月 ○日 ~ ○年 ○月 ○日 ○日間

総医療費	保険者負担額	自己負担額 (本人支払額)	一部自己負担額	福祉医療費 支給決定額
円	円	円	円	円

添付書類

- 1 保険給付がなされることを証明した書類
- 2 保険医療機関等において発行された領収書
(医療費、薬剤費が区別して記載されたものであること。)
- 3 医療保険が療養費払いの場合には、療養費支給証明書
- 4 家族療養費附加金等がある場合には、附加給付等支給額証明書

上記のとおり医療費の支給を申請します。

令和 年 月 日

淡路市長 様

住所 淡路市

申請者

氏名

(電話

日中に連絡が
とれる電話番
号をご記入く
ださい

振込先金融機関名	預金種別	1 普通 2 当座
○○○銀行 信用金庫 農協 信用組合	口座番号	○○○○○○○
	フリガナ	
	口座名義人	氏名