

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)																					
個人番号	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																						加入医療 保険者名称	保険者番号 ()
被保険者 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		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の場合は、療養費支給証明書 4 家族療養費附加金等がある場合は、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	口座番号																						
	支店	フリガナ																						
	支所 出張所	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 〇年 〇月 〇日生		受給者番号 (移・障・乳・母)	〇〇〇〇〇〇
個人番号			加入医療 保険者名称	全国健康保険協会 〇〇支部 保険者番号 (12345678)
被保険者 記号・番号	12345 - 12345			
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	〇〇〇〇病院・薬局など	医療を受けた 期間	〇年 〇月 〇日 ~ 〇年 〇月 〇日 〇日間	

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の場合は、療養費支給証明書
- 4 家族療養費附加金等がある場合は、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 〇年 〇月 〇日

淡路市長 様

住所 淡路市生穂新島〇〇番地

申請者

氏名 申請者の氏名

(電話 090-0000-0000)

振込先金融機関名	預金種別	① 普通 2 当座
〇〇〇銀行 信用金庫 農協 信用組合	本店	口座番号 〇〇〇〇〇〇
	〇〇〇支店	フリガナ 名義人のフリガナ
	支所 出張所	口座名義人 名義人の氏名