

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・高・乳・こ・母)	
個人番号			加入医療 保険者名称	
被保険者 記号・番号	-		保険者番号 ()	
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。 令和 年 月 日 淡路市長 様 住所 淡路市 申請者 氏 名 (電話)				
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	口座名義人	
出張所				