

福祉医療費給付申請書

住所・申請者氏名・
印鑑・電話番号

平成 ○○年 ○月 ○日

邑楽町長様

申請者 住所 邑楽町大字 中野2570-1

氏名 邑楽 太郎 印

福祉医療受給者氏名
生年月日

ピンクのカードの番号

(TEL 88 - 5511)

邑楽町福祉医療費の支給に関する条例に基づき、福祉医療費の支給を申請します。

受給資格者氏名	邑楽 花子	公費負担者番号	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
生年月日	M・T S・H ○○年 ○月 ○日	受給資格者証 番号	△ △ △ △ △ △ △

保険証の保険者番号	保険証の記号番号	保険証の被保険者名
□□□□□□□□	□□□□ □□□□	邑楽 太郎

受診者氏名	診療年月	日数等	保険診療 総点数	一部負担金	入院時 食事療養費	標準負担額	交通災害 その他
	年 月分	入 外 調剤 日 回	点	円	円	円	
	年 月分	入 外 調剤 日 回	点	円	円	円	
	年 月分	入 外 調剤 日 回	点	円	円	円	

診療証明書

上記のとおり診療したことを証明します。

平成 年 月 日

医療機関の名称

所在地

氏名

印

振込先金融機関名 (郵便局以外)	支店名	預金種目	口座番号	口座名義人 (フリガナ)
邑楽 銀行 金庫 農協	邑楽町	普通	0123456	オウラ タロウ 邑楽 太郎

(申請方法) 1 申請書の太枠外を、申請者が記入してください。

2 保険点数入りの領収書を添付してください。領収書がない場合は、申請書の太枠内を医療機関等に記入してもらってください (有料の場合があります)。