

福祉医療費給付申請書

令和〇〇年 〇月 〇日

邑楽町長様

申請者 住所 邑楽町大字中野2570-1

申請者は振込先の口座名義人にして下さい

氏名 邑楽 太郎 (続柄 父)
Tel 0276 (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	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇
生年月日	T・S HR 15年4月1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
			ピンクのカードの番号

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
					円×	回		
	年 月分	入 外 調剤 回	点	円	=	円	円	
	年 月分	入 外 調剤 回	点	円	=	円	円	
	年 月分	入 外 調剤 回	点	円	=	円	円	

診療証明書

上記のとおり診療及び受領したことを証明します。

年 月 日

(医療機関等)

所在地
名称
代表者
電話番号

印

領収書を添付して申請する場合、太枠内の記入は不要です。領収書がない場合等は、太枠内の事項を医療機関が記入していれば申請できます。

振込先金融機関名	支店名	預金種目	口座番号	※ 口座名義人 (登録名)	
群馬	邑楽町	普通	0000000	カナ	オウラ タロウ
				漢字	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)。
 - 3 高額療養費や付加給付等の給付を受けたときは、各保険者等の給付決定通知等についても添付してください。
- ※ 口座名義人は、受給資格者または給付申請者でお願いします。