

福祉医療費給付申請書

令和 年 月 日

邑楽町長様

申請者 住所 邑楽町大字

氏名 (続柄)

Tel ()

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			公費負担者番号				
生年月日	T・S H・R	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			
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
受給資格者氏名 に同じ	年 月分	入 日 外 日 調剤 回	点	円	円× 回 = 円	円	
	年 月分	入 日 外 日 調剤 回	点	円	円× 回 = 円	円	
	年 月分	入 日 外 日 調剤 回	点	円	円× 回 = 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							

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)	
銀行 金庫 農協		普通		カナ	
				漢字	

- (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。

