

☐ 保険証、住所等の記載事項に変更ありません
☐ 学校のケガ、事故等での傷病ではありません

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。

福祉医療費給付申請に必要なもの

- ・領収書(自己負担分がわかるもの) ・通帳など(口座番号のわかるもの)
・福祉医療費受給資格者証 ・健康保険証 ・印鑑

- 入院や手術等高額な医療費がかかる場合には、医療機関で限度額適用認定証を提示してください。限度額適用認定証は健康保険組合等で申請できます。
限度額適用認定証を交付された場合には福祉医療費支給申請時にもお持ちください。
- 健康保険組合等から高額療養費や付加給付が支給されたことが判明した場合、返金していただくことがありますので、高額療養費等の有無をご確認の上、申請してください。
- スポーツ振興センターの災害共済給付金(学校でのケガ)該当の場合は、この申請はできません。

領収書受付日	メモ	領収書受付日	メモ

※「メモ」欄はご自身でご記入ください。