

福祉医療費支給申請書

令和 年 月 日提出 住所 たつの市

たつの市長 様 申請者 氏名

次のとおり申請します。 電話 ()

移 障 乳 こ 母 高 精

太枠内は、申請者が記入してください。

受給者番号							
ふりがな				生年月日	年 月 日	負担区分	
受給者氏名							
加入医療保険	被保険者氏名			受給者の続柄	保険者名		
	記号・番号	記号	番号		保険者番号		
医療を受けた期間	年 月 日から 年 月 日まで			入院外 入院 歯科 調剤	日 日 日 日		
受けた医療の内容	<input type="checkbox"/> 医科（入院） <input type="checkbox"/> 医科（入院外） <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 柔道整復師の施術 <input type="checkbox"/> 看護 <input type="checkbox"/> 補装具 <input type="checkbox"/> その他						
受診したところ	名称				電話	()	
	所在地						
療養の給付を受けることができなかった理由	<input type="checkbox"/> 県外受診のため <input type="checkbox"/> 補装具のため <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 証交付前のため						
他の公費負担制度・第三者行為等の有無				<input type="checkbox"/> 有 (制度名) <input type="checkbox"/> 無			
振込希望 金融機関				銀行 信用金庫 信用組合 農協	支店		
	<input type="checkbox"/> 普通(総合) <input type="checkbox"/> 当座	口座 番号		フリガナ			
				口座名義人			

入院・外来	診療科目	日数	総医療費	窓口負担	一部負担金	高額療養費	支給額
入・外	医・歯・調・						
入・外	医・歯・調・						
入・外	医・歯・調・						
入・外	医・歯・調・						