

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 日 歯 科 日 調 剤 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				銀行 信用金庫 信用組合 農協		支店			
金融機関		<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・						