

福祉医療費支給申請書

長与町長 様

提出日 年 月 日

下記のとおり福祉医療費の支給を申請します。

(ふりがな)		電話番号	— —
申請者氏名 (受給者)	印	受給者証 番号	
住所	長与町 郷 丁目 番地		
受診者氏名 (支給対象者)	※申請者と同一であれば省略可		受診者 生年月日
医療保険別	(国保)	(社保)	(後期)
申請種別	(身体 1,2級)	(身体 3級)	(療育 A1,A2)
	(乳幼児 (就学前))	(子ども (小学生))	(子ども (中学生))
		(療育 B1)	(精神 1級)
			(難病)
		(母子 の母)	(寡婦)
			(父子 の父)
			(父子 の子)

- ※ **太枠内**に記入をお願いします。
- ※ 添付した領収書は返却できません。
- ※ 住所や医療保険に変更がある場合は異動届をご提出ください。

※領収書を添付している場合は下記の証明は不要です。

診療報酬証明書				
診療月	診療日数	区分	保険診療点数	保険診療内の本人支払額
年 月分	日	入院・外来	点	円
年 月分	日	入院・外来	点	円
年 月分	日	入院・外来	点	円
年 月分	日	入院・外来	点	円
年 月分	日	入院・外来	点	円
年 月分	日	入院・外来	点	円
年 月分	日	入院・外来	点	円
年 月分	日	入院・外来	点	円
年 月分	日	入院・外来	点	円
年 月分	日	入院・外来	点	円
年 月分	日	入院・外来	点	円
年 月分	日	入院・外来	点	円
年 月分	日	入院・外来	点	円
年 月分	日	入院・外来	点	円
年 月分	日	入院・外来	点	円
年 月分	日	入院・外来	点	円
年 月分	日	入院・外来	点	円
年 月分	日	入院・外来	点	円
年 月分	日	入院・外来	点	円

※医療機関等の印が無いものは無効です。※上記記入箇所以外の欄は斜線をお願いします。

上記のとおり領収したことを証明します。

年 月 日

住所

医療機関名

印

【事務処理欄】 ※記入不要

日数	総医療費	一部負担金 A	高額療養費等 B	自己負担 C	支給額 A-B-C
				0	
				800	
				1,200	
				1,600	
入 外 歯 薬	日	円	円	円	円

福祉医療費支給申請書

記入例

長与町長 様

提出日 年 月 日

下記のとおり福祉医療費の支給を申請します。

(ふりがな)	ナガヨ 千子	電話番号	000 - 0000 - 0000
申請者氏名 (受給者)	長与 父 (印)	受給者証号	000000 - 0
住所	長与町 嬉里 郷丁目	番地	659 1
受診者氏名 (支給対象者)	ナガヨ 長与 子	受診者生年月日	HO年 O月 O日
医療保険別	国保 <input checked="" type="radio"/> 社保 <input type="radio"/> 後期 <input type="radio"/>	保険証の名称	000健康保険組合
申請種別	身体1,2級 <input type="radio"/> 身体3級 <input type="radio"/> 療育A1,A2 <input type="radio"/> 療育B1 <input type="radio"/> 精神1級 <input type="radio"/> 難病 <input type="radio"/> 寡婦 <input type="radio"/>		
	乳幼児(就学前) <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> 小中学生 <input type="radio"/> 中学生 <input type="radio"/> 母子の母 <input type="radio"/> 母子の子 <input type="radio"/> 父子の父 <input type="radio"/> 父子の子 <input type="radio"/>		

- ※ 太枠内に記入をお願いします。
- ※ 添付した領収書は返却できません。
- ※ 住所や医療保険に変更がある場合は異動届をご提出ください。

※領収書を添付している場合は下記の証明は不要です。

診療報酬証明書				
診療月	診療日数	区分	保険診療点数	保険診療内の本人支払額
年 月分	日	入院・外来	点	円
年 月分	日	入院・外来	点	円
年 月分	日	入院・外来	点	円
年 月分	日	入院・外来	点	円
年 月分	日	入院・外来	点	円
年 月分	日	入院・外来	点	円
年 月分	日	入院・外来	点	円
年 月分	日	入院・外来	点	円
年 月分	日	入院・外来	点	円
年 月分	日	入院・外来	点	円
年 月分	日	入院・外来	点	円
年 月分	日	入院・外来	点	円
年 月分	日	入院・外来	点	円

上記のとおり領収したことを証明します。 ※医療機関等の印が無いものは無効です。 ※上記記入箇所以外の欄は斜線をお願いします。

年 月 日

住所

医療機関名

印

【事務処理欄】 ※記入不要

日数	総医療費	一部負担金 A	高額療養費等 B	自己負担 C	支給額 A-B-C
入外歯薬				0	
				800	
				1,200	
				1,600	
日	円	円	円	円	円