

福祉医療費支給申請書

令和 年 月 日

湯 沢 市 長 様

申請者 住 所 _____

氏 名 _____

受給者との続柄 _____

電話番号 _____

次のとおり福祉医療費の支給を申請します。

医療を受けた者の氏名、保険区分、受給者番号等					
氏 名	医療 保 険 区 分	・被用者保険（本人・家族） ・組合国保 ・市国保 〔一般退（本人・家族）〕 ・後期高齢者医療	対象区分番号		
			受給者番号		
医療を受けた病院、診療所、 薬局その他の名称（氏名） 及び所在地（住所）		病院等の名称			
		所在地			
入院・入院外 の別	入 院 入院外	医療を受けた 期 間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	日間	
申請理由	身障手帳交付の遅れ・新規遡及・受給者証不提示・県外受診・ 補装具・訪問看護・公費負担医療・その他（ ）				
療養給付費の総額 ①		円			
自己負担 相当額	① × $\frac{\quad}{100}$ -		〔高額療養費〕 〔附加給付金〕		円
福祉医療費支給申請（決定）額		入 件 円 (件) 外 件 円	円		
振 込 先 口 座 番 号	銀行 支店 当座 農協 支所 普通			名義（カタカナ）	

*添付書類 ①当該療養費に係る療養給付費証明書 ②その他市長が必要と認めた書類