

福祉医療費給付申請書



(あて先) 太田市長

平成 年 月 日

申請者 (口座名義人と同一人)

住所 太田市 浜町2-35

氏名 太田 太郎

電話 0276-47-1111

※ 助成決定額

福祉医療費給付金を下記口座に振込んでください。

※赤わくは記入しないでください。

1.	受診者氏名	太田 花子	受給資格者証番号	2	4	0	0	0	0	1
(生年月日 / M・T・S・ H 21年 1月 1日生)										

2.	加入医療保険	保険者番号	記号	番号	被保険者名
		100057	太田国	012345678	太田 太郎

3.	振込金融機関名	預金種目	口座番号	口座名義人
	太田 銀行 信用金庫 農協・信用組合 労働金庫	本店 支店 ① 普通 2. 貯蓄	0123456	(カタカナで) オオタ タロウ

4. 診療証明書

受診者氏名		窓口領収額				食事代	
診療年月	診療日数	保険診療 総点数	一部負担金 (保険診療分)	外来薬剤 一部負担金	他法による 負担金	日数	金額
年 月	入 日 外 日	点	円	円	円	日	円
年 月	入 日 外 日						
年 月	入 日 外 日						

上記のとおり診療したことを証明します。

医療機関等 所在地
名称
氏名
電話

[注意]イ. 領収書を添付してください。(診療年月日、受診者名、保険診療点数が記載されているもの)

領収書がない場合は、4の診療証明書欄に医療機関等で証明をうけてください。

ロ. 申請者の印は、朱肉を必要とする印鑑に限ります。

ハ. 1・2は、受給資格者証と保険証を確認のうえ記入してください。

ニ. 3は、振込金融機関の通帳を確認のうえ記入してください。

ホ. 支払は、申請してから約1ヶ月から2ヶ月後となります。

ただし、高額療養費等が支給される場合は確認後の支払となります。

受付	検査	確認
..