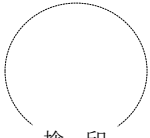


福祉医療費支給申請書

年 月 日



捨印

(宛先) 群馬県太田市長

申請者 (口座名義人と同一人)

住所 太田市

氏名 \_\_\_\_\_ ㊟

電話番号 \_\_\_\_\_

※支給決定額

Empty box for payment decision amount

福祉医療費の支給を受けたいので、次のとおり申請します。  
なお、福祉医療費は、3に記載の金融機関の口座に振り込んでください。

※太枠内は記入しないでください。

1	受給資格者氏名		受給資格者証番号							
---	---------	--	----------	--	--	--	--	--	--	--

(生年月日/ 年 月 日生)

2	加入医療保険	保険者番号	記号	番号	被保険者名

3	振込金融機関名	預金種目	口座番号	口座名義人
	銀行・信用金庫 農協・信用組合 労働金庫	本店 支店 支所 出張所	1 普通 2 貯蓄	(カタカナで)

4 診療証明書

受診者氏名	窓口領収額					入院時食事療養費標準負担額	
	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	回数
年 月	入 日 外 日	点	円	円	円	回	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 代表者 電話番号 \_\_\_\_\_ ㊟

[注意] (1) 領収書(診療年月日、受診者名及び保険診療点数が記載されているもの)を添付してください。

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受けてください。

- (2) 申請者の印は、朱肉を必要とする印鑑に限ります。
- (3) 1及び2は、受給資格者証と保険証を確認の上記入してください。
- (4) 3は、振込金融機関の通帳を確認の上記入してください。
- (5) 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、高額療養費が支給される場合は、その確認後となります。
- (6) 高額療養費や付加給付等の給付を受けたときは、各保険者の給付決定通知等についても添付してください。

受付	検査	確認