

記入例

様式第3号 (第7条関係)

領収書 8 枚

福祉医療費支給申請書

2019 年 4 月 1 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 浜町2-35

氏名 太田 太郎

電話番号 0276 - 47 - 1111



※ 支給決定額

※太枠内は記入しないでください。

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。

1 受給資格者氏名	太田 花子	受給資格者証番号	2	4	0	0	0	0	1
-----------	-------	----------	---	---	---	---	---	---	---

(生年月日/ H31 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	太田 本店支店 ① 普通 支所出張所 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				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	金額
年 月	入 日 外 日	点	円	円	円	回	円
年 月	入 日 外 日						
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
.