

記入例

福祉医療費支給申請書

令和6年 1月 1日

(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番35号

氏名 太田 太郎

電話番号 0276 - 47 - 1111

※ 支給決定額

同じ方の氏名を記入
してください

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 100057	記号 太田国	番号 01234567	被保険者名 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 支所 出張所	① 普通 2 貯蓄	0123456 オオタ タロウ (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	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						

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) 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。

(3) 3は、振込金融機関の通帳を確認の上記入してください。

(4) 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。

(5) 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