

福祉医療費支給申請書

年 月 日

（宛先）太田市長

（申請者） 住 所
氏 名 （続柄 ）
電 話

次のとおり診療等を受けたので、太田市福祉医療費支給に関する条例に基づき、福祉医療費の支給を申請します。
なお、福祉医療費は、下記の金融機関の口座に振り込んでください。

受給資格者氏名				公費負担者番号													
生 年 月 日		年 月 日生		受給資格者番号													
医 療 保 険 の 種 類 等				記 号 番 号				被保険者、組合員、加入者、又は世帯主名									
1. 国保 2. 国保組合 3. 協会けんぽ 4. 健保組合 5. 共済 6. 後期高齢 7. ()																	
受 診 者 氏 名	診 療		保 険 診 療 総 点 数	窓 口 徴 収 額 (入院時生活療養費標準負担額は除く)				交 通 災 害 そ の 他									
	年 日	日 数 等		一 部 負 担 金	入 院 時 食 事 療 養 費 標 準 負 担 額	他 法 に よ る 費 用 徴 収 額											
	年 月	入 外 日	点	円	円 × 回 = 円	円											
*保険点数×10×		割		*決定金額				*確認									
	年 月	入 外 日	点	円	円 × 回 = 円	円											
*保険点数×10×		割		*決定金額				*確認									
	年 月	入 外 日	点	円	円 × 回 = 円	円											
*保険点数×10×		割		*決定金額				*確認									
診 療 証 明 書																	
上記のとおり診療したことを証明します。																	
年 月 日																	
(医療機関等)																	
所 在 地																	
名 称																	
代 表 者																	
電 話 番 号																	
印																	
振 込 金 融 機 関 ・ 支 店 名		金 融 機 関 コ ー ド		預 金 種 目		口 座 番 号		名 義 人 (カタカナ)									

（注） 1 申請書の二本線から上部及び口座番号等は、申請者が記入してください。
2 申請書の二本線から下部の受診者にかかる診療内容は医療機関等が記入してください。（*の欄は記入不要）
ただし、当該診療内容について証明できる書類(医療機関が発行した診療明細書等)を添付したときは、記入を省略できます。
3 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。