

福祉医療費支給申請書

年 月 日

東御市長 様

住所 東御市

申請者

氏名 印

電話 ()

東御市福祉医療費給付金条例に基づき下記のとおり申請しますので支給してください。

申請者記入欄	(ふりがな)				生年月日	明・大・昭・平
	受給者名					年 月 日
	受給者番号					
	保険証について	種別	国保 退国 社保 組合 共済	本人・家族別		
			その他()	本人 家族		
			保険者番号	保険証の記号・番号		
			記号	番号		
	被保険者氏名					

医療機関記入欄	年 月分 入院 ・ 外来 ・ 調剤 ・ その他()				
	受給者氏名				
	保険点数及び金額等	診療科	保険対象点数	保険窓口支払金額	
	合計				
	備考	入院時食事標準負担額 × 日 = 円			
	上記のとおり領収したことを証明します。			年 月 日	
	医療機関所在地名称				印

市役所記入欄	年月	総医療費	自己負担分	高額療養費	附加給付	受益者負担金	総支給額
	合計						

* この福祉医療費支給申請書には、県外の医療機関に受診した場合に、医療機関の証明または領収書を1ヶ月分まとめて添付して提出してください。