

申請書は1カ月で1枚必要です

*「領収金額」と「診療点数」のいずれか低い方で計算を行うため、領収書の金額と支給金額が一致しない場合があります。

* 記入例

福祉医療費支給申請書

令和4年4月1日

八幡市長様

申請者 住所 八幡市 **八幡園内75番地**

受給者が18歳未満の場合、申請者は保護者

氏名 **八幡 太郎**

TEL **075 (983) 2976**

下記のとおり、福祉医療費の支給を申請します。

受給者氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者に同じ (生年月日 S H R 2 年 5 月 1 日)								
診療年月	令和4 年 4 月 受診分								
受給者証の負担者番号 及び 受給者番号	負担者番号	4	3	2	6	0	1	1	6
	受給者番号	1	2	3	4	5	6	7	

*裏面に受診された医療機関を記入してください。

← 前回申請口座と同様の場合はチェックを入れてください。

振込金融機関・店名	〇〇 銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	△△ 本店 支店
口座種別・番号	当座 普通 貯蓄	0 1 2 3 4 5 6
口座名義人 (カタカナ)	ヤワタ タロウ	

*受給者が18歳以上で、振込口座名義人が受給者と異なる場合は、委任状欄に記入してください。

委任状	私は、下記の者を代理人と定め、上記給付金の受領に関する権限を委任します。	
	委任者(受給者)住所	氏名
	受任者住所	氏名 (受給者との続柄)

医療費支給申請補助用紙

* 太枠内の医療機関名のみご記入ください。

区分	医療を受けた病院名等	診療期間	診療日数	総点数	窓口徴収額	一部負担額	高額療養費	給付額
入院		～	日	点	円	円	円	円
		～	日	点	円	円	円	円
入院外 (通院)	◇◇病院	～	日	点	円	円	円	円
		～	日	点	円	円	円	円
		～	日	点	円	円	円	円
		～	日	点	円	円	円	円
		～	日	点	円	円	円	円
歯科	□□歯科	～	日	点	円	円	円	円
		～	日	点	円	円	円	円
調剤 (薬局)	☆☆薬局 八幡店	～	日	点	円	円	円	円
		～	日	点	円	円	円	円
		～	日	点	円	円	円	円
補装具		～	日	点	円	円	円	円
		～	日	点	円	円	円	円
訪問看護		～	日	点	円	円	円	円
高額		～	日	点	円	円	円	円
		～	日	点	円	円	円	円