

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。

福祉医療費支給申請書

年 月 日

八幡市長様

申請者 住所 八幡市

受給者が18歳未満の場合、申請者は保護者



氏名

TEL ()

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 type="checkbox"/> 申請者に同じ (生年月日 S・H・R 年 月 日)							
診療年月	_____年 _____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						
	受給者番号							

*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	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	
口座名義人 (カタカナ)		

*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)		～	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		～	日	点	円	円	円	円
		～	日	点	円	円	円	円
調剤 (薬局)		～	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