

福祉医療費給付申請書

年 月 日

沼田市長 様

住 所
氏 名
電話番号



次のとおり診療等を受けたので、沼田市福祉医療費支給に関する条例第7条の規定により、福祉医療費の支給を申請します。

公費負担者番号				受給資格者番号				
氏 名				生 年 月 日				
保険者名称		記号・番号		被保険者氏名				
振込金融機関名		支店名	預金種目	口座番号	フリガナ 名 義 人			
		普通預金 当座預金						
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 月	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 入 日	点	円	円	円			
	月 外			× 回	= 円			
※保険点数×10× 割		※決定金額					※確認	
	年 入 日	点	円	円	円			
	月 外			× 回	= 円			
※保険点数×10× 割		※決定金額					※確認	
	年 入 日	点	円	円	円			
	月 外			× 回	= 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								
⑨								

- (注) 1 申請書の二本線から上部は、申請者が記入してください。
 2 申請書の二本線から下部に係る診療内容は、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、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。