

太字になっているところをご記入ください。

福祉医療費給付申請書

押印してください。

〇〇年 〇月 〇日

沼田市長 様

福祉医療費受給資格者証の右上の受給資格者証番号を記入してください。

住所 沼田市下之町888番地
氏名 沼田 太郎
電話番号 080-1234-5678



次のとおり診療等を受けたので、沼田市福祉医療費給付に関する条例第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	2	3	4	5	6	7	8	
氏名	沼田 花子		生年月日	〇年〇月〇日						
保険者名称	沼田市国民健康保険		記号・番号	沼 12345		被保険者氏名				沼田 太郎
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						
沼田銀行	沼田支店	普通預金 当座預金	123456	ヌマタ タロウ 沼田 太郎						
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			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	日	点	円	円	円			
					×	円	円			
					=	円	円			
※保険点数	年 入 日		※決定金額	※確認						
	年	月	日	点	円	円	円			
					×	円	円			
					=	円	円			
※保険点数×10×	割		※決定金額	※確認						
	年	月	日	点	円	円	円			
					×	円	円			
					=	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										

加入している医療保険の名称、記号番号、被保険者名を記入してください。

- (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。