

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に基づき、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		円							
		月	外					× =		円 回 円		円							
※保険点数×10× 割								※決定金額						※確認					
		年	入 日	点		円		円		円		円							
		月	外					× =		円 回 円		円							
※保険点数×10× 割								※決定金額						※確認					
		年	入 日	点		円		円		円		円							
		月	外					× =		円 回 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																			



(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。