

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

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 印
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	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		記号・番号		被保険者氏名							
沼田市国民健康保険		沼 12345		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	123456	ヌマタ タロウ							
受診者氏名		診 療	診療点数	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 入 日	点	円	入院時食事 療養費標準 負担額		他法による 費用徴収額				
		月 外			× 円 = 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 = 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 = 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。