

福祉医療費給付申請書

年 月 日

沼田市長 様

申請者 住 所  
氏 名 受給資格者との続柄  
電話番号 ( )

※受給資格者又は保護者等の申請となります。その他の方が来庁した場合はご記入ください。）

来庁者 住 所  
氏 名 受給資格者との続柄  
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			
受給資格者氏名				生 年 月 日			
保険者名称	記号・番号			被保険者、組合員、加入者又は世帯主氏名			
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 月	入 外 日	点	円	円 × 回 = 円	円	
※保険点数×10× 割			※決定金額			※確認	
	年 月	入 外 日	点	円	円 × 回 = 円	円	
※保険点数×10× 割			※決定金額			※確認	
	年 月	入 外 日	点	円	円 × 回 = 円	円	
※保険点数×10× 割			※決定金額			※確認	
<p>診 療 証 明 書</p> <p>上記のとおり診療したことを証明します。</p> <p>年 月 日</p> <p>(医療機関等) 所 在 地 名 称 代 表 者 電 話 番 号</p>							
							印

- (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 高額療養費や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。