

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

〇年 〇月 〇日

沼田市長 様

申請者 住所 沼田市下之町888

氏名 沼田 太郎

電話番号 080-1234-5678

受給資格者との続柄

( 父 )

※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

受給資格者との続柄

( )

福祉医療費受給資格者証をご確認ください。

・公費負担者番号：受給者証左上記載の8桁の番号

・受給資格者番号：受給者証右上記載の7桁の番号

します。

支給に関する条例に基づき、福祉医療費の支給を申請

公費負担者番号	72100068		受給資格者番号	2	3	4	5	6	7	8	×
受給資格者氏名	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、組合員、加入者又は世帯主氏名 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 ヌマタ タロウ 沼田 太郎							
沼田銀行	沼田支店	普通預金 当座預金	1234567								

資格確認書やマイナポータル等を確認し、受給資格者が加入している医療保険の名称、記号番号、被保険者・組合員・加入者又は世帯主の氏名をご記入ください。

窓口徴収額 (臨時生活療養費標準負担額は除く。)	交通災害 その他
入院時食事療養 費標準負担額	他法による 費用徴収額
円	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
= 円 × 回 円		
※保険点数×10× 割	※決定金額	※確認
年 月 入 外 日	点 円	円
= 円 × 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

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。