

課長	班長	班員	担当者	受付欄
平成 年 月 日 決裁				

福祉医療費支給申請書

医療を受けた者の氏名、保険区分、受給者番号等

氏名	保険区分	・被用者保険 (本人・家族) ・組合同保 ・市町村国保 一般退(本人・家族)	対象区分番号					
		受給者番号						
医療を受けた病院、診療所、 薬局その他の名称(氏名) 及所在地(住所)		病院等の名称 所在地						
入院・入院外の別	入院・入院外	医療を受けた期間	自	月	日	日間		
入院・入院外		自	月	日				
入院・入院外		至	月	日				
申請理由								
療養給付費の総額		(A)					円	
自己負担 相当額	(A) × $\frac{\quad}{100}$	-	高額療養費 附加給付金				円	
福祉医療支給費申請(決定)額						円		
上記のとおり福祉医療費の支給の申請をします。 平成 年 月 日								
大瀧村長 殿 住所 大瀧村字 丁目 番地 申請者 氏名 (印)								
支払金融機関	金融機関	1. 秋田銀行 大瀧支店		2. 大瀧村農協				
	口座番号							
	口座名義人							
委任者	本請求に基づく福祉医療費の申請の受領に関する権限を代理人に委託します。 平成 年 月 日 住所 大瀧村字 丁目 番地 氏名 (印)							
受取代理人	住所 大瀧村字 丁目 番地 氏名 (印) 電話			◎添付書類 ・当該療養に係る療養給付費証明書 ・その他市町村が必要と認めた書類				