

※記載例

課長	班長	班員	担当者	受付欄
決裁 平成 年 月 日				

## 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	大湊 一郎	保険区分	・被用者保険 (本人・家族)	対象区分番号				7	4
			・組合国保 ・市町村国保 一般退(本人・家族)	受給者番号	0	0	0	0	9

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	〇〇〇病院
	所在地	〇〇市

入院・入院外の別	入院・入院外	医療を受けた期間	自 〇月 〇日	〇日間
			至 〇月 〇日	

申請理由	県外受診のため
------	---------

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 〇年 〇月 〇日

大湊 村長 殿

申請者 住所 大湊村字 中央〇丁目 〇番地 〇  
氏名 大湊 太郎 (印)

支払金融機関	金融機関	① 秋田銀行 大湊支店	2. 大湊村農協
	口座番号	1 2 3 4 5	
	口座名義人	大湊 花子	

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 〇年 〇月 〇日		
	住所	大湊村字 中央〇丁目 〇番地 〇	
	氏名	大湊 太郎 (印)	

受取代理人	住所	大湊村字 中央〇丁目 〇番地 〇	◎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
	氏名	大湊 花子 (印)	
	電話	〇〇-〇〇〇〇	