

福祉医療費支給申請書兼請求書

氏名		保険区分 ・被用者保険 [本人・家族] ・組合物保 ・市町村国保 [一 般] [退職本人・家族] ・後期高齢者医療	対象区分番号				
				受給者証の番号			
医療を受けた病院、診療所、薬局その他の名称(氏名)及び所在地(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	年	月	日	日間
申請理由	遡及該当・県外受診・公費一部自己負担・受給者証不提示・訪問看護補装具の購入・()						
療養給付費の総額【A】							円
自己負担相当額	$【A】 \times \frac{\quad}{100} - [\text{高額療養費 附加給付金}] =$						円
福祉医療費支給申請(決定)額及び請求額							円
上記のとおり福祉医療費の支給を申請及び請求します。 <div style="text-align: center;">年 月 日</div> 申請者及び請求者名 住 所 <hr style="width: 80%; margin: 5px auto;"/> 氏 名 <hr style="width: 80%; margin: 5px auto;"/> 男鹿市長 殿 ◎添付書類 ・支払を証明するもの(領収書) ・当該療養に係る療養給付費証明書 ・その他市町村長が必要と認めた書類							
振込先	銀行			口座番号		口座名義	
	信用金庫 農協	支店			普 当		

私は、本請求にかかる給付金の受領に関することを

に委任いたします。

委任者氏名

(印)