

福祉医療費支給申請書

令和 年 月 日

庄内町長 原田 眞樹 殿

申請者 郵便番号 ー
住所 庄内町

氏名 ⑩
続柄
電話 ()

下記のとおり福祉医療費の支給を、関係書類を添えて申請します。

記

医療証の区分	医療証番号	受給者氏名	性別	生 年 月 日
身・子・親			男・女	大・昭・平・令 年 月 日
被 保 険 者 証	記号	番号		
保 険 者 番 号				
振込先口座 (申請者)	金 融 機 関 名	銀行・農協・信金 信組・()		
	支 店 名	本店・支店 本所・支所・()		
	口 座 種 別	普通 ・ 当座 ・ その他 ()		
	口 座 番 号			
	名義 (カタカナ)			

診 療 月	平成・令和 年 月診療分	入院・外来・調剤・補装具・食事代
-------	--------------	------------------

備考 医療機関等が発行する領収書等の医療費の支払を証明する書類を添付すること。

【処理欄】 以下は記入しないでください。

診療月	日数 入・外	総医療費 (円)	一部負担金 (円)	福祉医療 自己負担額 (円)	支給金額 (円)		備 考
					療養費	食事 標準負担	
・	入 外						県単有・県単無・町単
・	入 外						県単有・県単無・町単
・	入 外						県単有・県単無・町単
・	入 外						県単有・県単無・町単
・	入 外						県単有・県単無・町単
・	入 外						県単有・県単無・町単
・	入 外						県単有・県単無・町単
合 計							県単有・県単無・町単

[世帯識別番号

]

[相手方番号

]