

# 福祉医療費支給申請書

移  障  乳  母  高

受給者番号		保険者名 及び所在地	
フリガナ		保険者番号	
受給者氏名		記号番号	
生年月日	年 月 日	被保険者名	
個人番号			

申請額	¥			
総医療費	自己負担額 ( 割・高額・一・低 )	一部自己負担額	医療費支給額	薬剤一部負担金額

医療機関等の 名称、所在地 医師名等				
--------------------------	--	--	--	--

傷病名等		発病又は 負傷年月日	
------	--	---------------	--

医療に要した 期間	年 月 日から	入院 日	
	年 月 日まで	入院外 日	合計 日

種類	<input type="checkbox"/> 県外診療 <input type="checkbox"/> 補装具 <input type="checkbox"/> 町単 <input type="checkbox"/> 柔整 <input type="checkbox"/> 移送 <input type="checkbox"/> その他 ( )
----	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

他の制度により自己負担額相当額またはその一部の支給を ( 受けられる ・ 受けられない )  
( 制度名一 ) ( 費用の徴収の 有 ・ 無 )

備考	
----	--

上記のとおり医療に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。  
 なお、支払いは、下記の名義人の預金口座へ振り替えて下さい。  
 年 月 日  
 住所 上郡町 番地  
 申請者 氏名  
 TEL ( )  
 上郡町長 あて

口座振込	金融機関	銀行 信用金庫 農協			支店
	<input type="checkbox"/> 座番号		種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	
	フリガナ				
	<input type="checkbox"/> 座名義人				