

記入例

別記様式4号

福祉医療費支給申請書

3年 4月 1日

群馬県吾妻郡嬭恋村長 様

住所 嬭恋村大字 大前110番地

申請者 氏名 嬭恋 太郎

電話番号 1234 - 56 - 7890

次のとおり診療等を受けたので、嬭恋村福祉医療費支給に関する条例に基づき、福祉医療費の支給を申請します。

公費負担番号		7 2 1 0 0 0 0 0	受給資格者番号 (受給者番号)		2 4 0 0 0 0 0	
医療 保 険	名称	〇〇健康保険組合	振 込 銀 行	〇〇 銀行 農協 信金・信組	本店 支店 本所・支所	
	記号番号	123456-7890		フリガナ 名義人氏名	ツマゴイ タロウ 嬭恋 太郎	
	被保険者氏名	嬭恋 太郎		口座番号	普通 当座	1234567

(注) ・申請者欄及び太枠内は申請者が記入してください。

診療証明書

患者氏名						
診療月	診療日数	保険診療 総点数	窓口領収額		他法による 費用徴収額	交通災害 その他
			一部負担金	入院時食事療養費 標準負担額		
年 月	入 日 外 日	点	円	円× 回 = 円	円	
年 月	入 日 外 日	点	円	円× 回 = 円	円	
年 月	入 日 外 日	点	円	円× 回 = 円	円	
年 月	入 日 外 日	点	円	円× 回 = 円	円	
年 月	入 日 外 日	点	円	円× 回 = 円	円	
年 月	入 日 外 日	点	円	円× 回 = 円	円	

上記のとおり診療したことを証明します。

年 月 日

所在地
医療機関等 名称
代表者氏名

(注) ・高額療養費や付加給付等の給付を受けたときは、各保険者の給付決定通知書等についても添付してください。
 ・診療証明書は医療機関等が記入してください。
 ただし、当該診療内容について証明できる書類（医療機関等が発行した領収書や診療明細書等）を添付したときは、記入を省略できます。

申請者欄及び太枠内の記入してください。
申請者氏名は自署をお願いします。

保険点数の記載された領収書等がない場合は、
医療機関で証明を受けてください。