

福祉医療費支給申請書

令和 年 月 日

群馬県吾妻郡嬭恋村長 様

住 所 嬭恋村大字

申請者 氏 名

電 話 番 号

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						受給資格者番号 (受給者番号)					
医療 保 険	名称					振 込 銀 行	銀行・農協		本店・支店		
	記号番号						信金・信組		本所・支所		
	被保険者氏名						フリガナ 名義人氏名				
						口座番号	普通 当座				

(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

(印)

(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。