様式第６号

福祉医療費支給申請書

受付印

佐世保市長　　様

別添領収書(医療機関等証明書)のとおり医療費を支払ったので福祉医療費の支給を申請します。

年　月　日

(申請者)　住　所　　佐世保市　　町(丁目)　　番　　号

氏　名　　(電話　　―　　―　　)

受給者番号		保険証の被保険者氏名								
診療を受けた人の氏名	(フリガナ)	保険証の記号・番号	記号		番号					
生年月日	M T S H　　・　　・	保険証発行機関名	健保	国保	退職	組合	共済	後期	本人 家族	

＜太枠内に記入をお願いします＞

福祉医療の申請をされる方へ

この用紙と、医療機関等の領収書(患者名、点数、金額、診療日の判るもの)を一緒に提出してください。

レシートでは申請ができませんので、その場合は別紙の「医療機関等証明書」に病院・薬局等で支払金額の証明を受け提出してください。

高額説明	

計算欄(この欄は記入しないでください)

診療月	入外	医療機関	診療区分	入院初日	日数	点数	一部負担金
年　月	入　外		医　歯				
年　月	入　外		医　歯				
年　月	入　外		医　歯				
年　月	入　外		医　歯				
年　月	入　外		医　歯				
年　月	入　外		医　歯				