様式第６号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 福祉医療費支給申請書  　　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つたので福祉医療費  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 |  | | 被保険者等の氏名 |  | | | | | | | | |
| 診療を受けた人の氏名 | (フリガナ) | | 被保険者等の  記号・番号 | 記号 | | | | | | 番号 | | |
|  | |
| 保険者の名称 |  | | | | | | | | |
| 生年月日 |  | ・　　　・ |
| 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 |  |  |  |  |