

記入例

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。

令和 元年 5 月 7 日

受給者証の受給者氏名(保護者)を記入してください。

(申請者) 住所 佐世保市 八幡 町(丁目) 1 番 11 号

氏名 八幡 さくら (印) (電話 0956 - 24 - 1111 )

受給者番号	179999	保険証の 被保険者氏名	八幡 さくら			
診療を受けた 人の氏名	(フリガナ) ハチマン コウメ	保険証の 記号・番号	記号	番号		
	八幡 コウメ		させぼ	1111		
生年月日	S (H) R 24 . 3 . 4	保 険 証 発行機関名	佐世保市			
			社 保	国 保	退 職	組 合

<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、レシートでは申請ができませんので、その場合は別紙の支払い金額の証明済みのものを提出してください。

現在使用している保険証を記入してください。子ども支援課へ届出されている保険証から変更している場合は異動届の提出が必要です。

高額説明

計算欄 (この欄は記入しないで下さい)

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				

高額医療費や付加給付金など健康保険から補助がある場合は、相当額を差し引いた金額を助成します。