

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
の支給を申請します。

令和 ○○ 年 ○ 月 ○ 日

(申請者) 住所 佐世保市 八幡 町(丁目) 1 番 1 号
氏名 八幡 太郎 (電話 0956 - 24 - 1111)

受給者番号	0000000	被保険者等の氏名	八幡 太郎						
診療を受けた人の氏名	(フリガナ)ハチマン コウメ	被保険者等の記号・番号	記号	させぼ	番号	1111111			
	八幡 小梅		佐世保市						
生年月日	H20・1・1	保険者の名称	健	国	退	組	共	後	本人
			保	保	職	合	済	期	家族

受給者証の受給者氏名(保護者)を記入してください。

<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)

レシートでは申請ができませんので、その場合は別紙の「医療費
支払金額の証明を受け提出してください。

現在加入している健康保険がわかる場合は記入してください。
不明な場合は、記入不要です。

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				

高額療養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。