様式第６号（第８条関係）

# 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　　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 | S　H　R　・　・ | 保険証発行機関名 | 健保 | 国保 | 退職 | 組合 | 共済 | 後期 | 本人<br>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 | | | | |