

福祉医療費支給申請書

年 月 日

岡谷市長 殿

申請者 住所

氏名

印

電話

以下のとおり福祉医療費給付金を申請します。

資格区分	現物 児 83 母父 85 障 87 償還 障 29 39 41 母 59 父 69				
受給者番号					
受給者	氏名		生年月日		年 月 日
加入医療保険	記号		番号		被保険者氏名
	保険者名称			資格取得日 (認定日)	年 月 日

保険医療機関等証明欄	診療月	入院	外来
	年 月		
	日数 (回数)	日	日
	診療報酬総点数	点	点
	公費	点	点
	一部負担金	円	円
	食事療養費負担額	円	
上記のとおり証明します。			
年 月 日			
住所			
保険医療機関等 名称			
氏名			
印			

※この申請書は月別・保険医療機関等ごと、入院・外来ごとに1枚ずつ必要です。

※明細のわかる領収書を添付していただければ、保険医療機関等の証明は不要です。

市処理欄

年 月 診療 入院・外来 日 点	本人支払額	食事標準負担額	高額療養費	附加給付額	受給者負担額	支給決定額

来庁者	本人	同・代 関係 () 氏名 ()	受付
身元確認	免許証	他 ()	

福祉医療費支給申請書

〇〇年 〇〇月 〇〇日

岡谷市長 殿

申請者 住所 岡谷市幸町8番1号

氏名 岡谷 太郎 印

電話 23-4811

以下のとおり福祉医療費給付金を申請します。

資格区分	現物 児 83 母父 85 障 87 償還 障 29 39 41 母 59 父 69					
受給者番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9					
受給者	氏名	岡谷 一郎		生年月日	〇〇年〇〇月〇〇日	
加入医療保険	記号	1 2 3 4	番号	5 6 7	被保険者氏名	岡谷 太郎
	保険者名称	〇〇健康保険組合			資格取得日 (認定日)	〇〇年〇〇月〇〇日

保険医療機関等証明欄	診療月	入院		外来	
	年 月				
	日数 (回数)	日		日	
	診療報酬総点数	点		点	
	公費	点		点	
	一部負担金	円		円	
	食事療養費負担額	円			
上記のとおり証明します。					
年 月 日					
住所					
保険医療機関等 名称					
氏名 印					

※この申請書は月別・保険医療機関等ごと、入院・外来ごとに1枚ずつ必要です。

※明細のわかる領収書を添付していただければ、保険医療機関等の証明は不要です。

市処理欄

年 月 診療 入院・外来 日 点	本人支払額	食事標準負担額	高額療養費	附加給付額	受給者負担額	支給決定額

来庁者	本人	同・代 関係 () 氏名 ()	受付
身元確認	免許証	他 ()	