

記入例

丹波篠山市福祉医療費支給申請書

こども
高齢期移行
乳幼児等
障害者
母子等

※ 枠内の項目について記入お願い致します

※ この用紙は、1医療機関、1ヶ月単位の領収書につき1枚使用してください。

対象者	受給者番号	8888888	加入医療保険	被保険者氏名	丹波篠山 太郎	
	氏名	丹波篠山 花子		被保険者証	記号	番号
	生年月日	大正 昭和 25. 5. 5 平成		種別	政・組・日・共・国・他国	
種別			診療を受けた期間		区分	
医科・歯科・調剤・補装具・柔整・その他			年 月 日 から 年 月 日 まで		外来・入院	
総医療費	円	診療実日数	件		日	
負担額	円	薬剤一部負担金			円	
一部負担金	円	差引請求額			円	
医療機関所在地・名称	所在地 名称					
請求の理由	1. 県外受診 2. 受給者証不携帯 3. 窓口支払 4. その他					
上記のとおり医療費の助成を受けたいので申請します 令和 元 年 5 月 1 日			申請者及び振込口座名義は保護者の方でお願いします。また、必ず押印してください。			
申請者	住所	兵庫県丹波篠山市北新町41				
篠山市長 様	氏名	丹波篠山 太郎				
	電話番号	000 - 0000				
お支払い方法			口座振込 ・ 窓口			
金融機関名・支店名			預金種別	1 普通 2 当座		
銀行 支店			口座番号	1234567		
丹波篠山 信用金庫 丹波篠山出張所 信用組合 農協 支所			フリガナ	タンバササヤマ タロウ 丹波篠山 太郎		
			口座名義人			

申請書記入の注意事項

- ※ 枠内の項目について記入お願い致します
(必ず住所、氏名、連絡先、口座番号は、記入漏れや間違いがない様に、お願い致します。)
- ※ この用紙は、1医療機関、1ヶ月単位の領収書につき1枚使用してください。
(申請用紙をコピーしたものでも申請は可能です。)
- ※ 保険適用外診療のみの領収書は申請しないでください。
- ※ 必ず医療機関の領収印がある領収書を添付してください。