

国保・後期用

支給 決定 伺	伺年 月 日	令和 年 月 日		支給決定額
	決裁年 月 日	令和 年 月 日		
課長	参事・補佐	班長	班員	¥

様式8号(第16条、第18条関係)

福祉医療費支給申請書												
医療を受けた者の氏名、保険区分、受給者番号等												
氏名				<input type="checkbox"/> 市町村国保・一般(本人・家族) <input type="checkbox"/> " " ・退職(本人・家族) <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 被保険者番号:	対象区分番号							
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日		保険区分	受給者番号								
医療を受けた病院、診療所、薬局その他の名称(氏名)及び所在地(住所)			病院等の名称									
			所在地									
入院・入院外の別	入院・入院外		医療を受けた期間	自	年	月	日	至	年	月	日	日間
申請理由												
療養給付費の総額 A			円									
自己負担相当額	A × $\frac{\quad}{100}$ - [高額療養費 付加給付金]			円								
福祉医療費支給申請(決定)額			円									
上記のとおり福祉医療費の支給申請をします。 令和 年 月 日 〒019- 申請者 住所 _____ 氏名 _____ 電話番号 _____ - _____ 美郷町長 様 ◎ 添付書類 ・当該療養に係る療養給付費証明書 ・その他町長が必要と認めた書類												

※振込口座

銀行名				支店名				口座番号				口座名義			
								普通・当座・他				カナ			
												氏名			

支給決定伺	伺年月日	令和 年 月 日	支給決定額
	決裁年月日		
	課長	参事・補	¥

記入例

様式8号 (第16条、第18条関係)

福祉医療費支給申請書

医療を受けた者の氏名、保険区分、受給者番号等

氏名	美郷 一郎	保険区分 <input checked="" type="checkbox"/> 市町村国保・一般 (本人・ 家族) <input type="checkbox"/> " ・退職 (本人・家族) <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療	対象区分番号							
生年月日	大・昭・平・ 令 5年 11月 1日		被保険者番号: 1234567	受給者番号	7	1	2	3	4	5

医療を受けた病院、診療所、薬局その他の名称 (氏名) 及び所在地 (住所)	病院等の名称	〇〇病院
	所在地	東京都〇〇区△△1-2-3

入院・入院外の別	入院・ 入院外	医療を受けた期間	自 令和6年 4月 3日 至 年 月 日	日間
----------	----------------	----------	--------------------------------	----

申請理由	県外受診のため 補装具作成のため など
------	----------------------------

療養給付費の総額 A	記入不要	自己負担相当額	A × 100
福祉医療費支給申請 (決定) 額			円

受診した月が複数ある場合は、受診月ごとに申請書が必要です。

上記のとおり福祉医療費の支給申請をします。

令和 **6年 4月 30日**

〒019-1541

申請者 住所 **美郷町土崎字上野乙 170-10**

氏名 **美郷 太郎** ※本人氏名。未成年の場合は保護者氏名

電話番号 **0187 - 84 - 4907**

※日中連絡の取れる番号

美郷町長 様

携帯電話でも可

◎申請に必要なもの

- 領収書 ●福祉医療費受給者証 ●健康保険の資格情報が確認できるもの
- 申請者の通帳 ●医師の作成指示書 ※補装具の場合

※

秋田銀行	美郷支店	普通 ・ 当座 ・ 他	カナ	ミト 知
		9 8 7 6 5 4 3	氏名	美郷 太郎