

福祉医療費助成申請書

記入した日

年 月 日

長浜市長 あて

申請者

〒
住所 長浜市

通帳名義人の氏名(自署)等を記入ください。

氏名
電話 ()

下記のとおり、福祉医療費の助成をされたく申請します。また、保険者から高額療養費等を受け取ったときは、返還することを確約します。

助成対象者の情報を記入 ください。		円	
		月分	入院・入院外 (日)
受 給 券	福祉番号	受給者番号	
助成対象者氏名	生年月日 年 月 日		
保 険 区 分	国保・後期高齢者・協会けんぽ・組合健保・共済・国保組合 (保険者番号: 記号: 番号:) □写し添付につき、上記の記入省略		
摘 要	本人 差		
添付書類 1 医療機関 2 家族療養 3 2に代わる			
加入医療保険(記号・番号等)が確認できる書類のコピーを添付すれば記入は不要です。			
払渡希望機関の名称 □写し添付につき 記入省略	銀行 金庫 農協	本店 店番 () 支店 支所 (普通・当座第 号)	
	ふりがな 預金名義人		

通帳の見開きページのコピーを添付すれば記入は不要です。

【計算】

保険診療総点数 点
 保険診療自己負担分 円
 高額療養費 円
 附加給付金 円
 一部負担金 円

支払決定額

領収書原本預かり了承済み ()

受付 ()

※助成対象者(保護者)又は同世帯の人が申請してください。助成対象者が死亡しているときは相続人代表者が申請してください。申請者の口座へ振り込みます。