

福祉医療費助成申請書

長浜市長 あて

書類に記入した日

令和〇年 〇月 〇日

〒

通帳名義人と同一者での記入
(自署)をお願いします。

申請者

住所 長浜市〇〇町〇〇番地

氏名 福祉 まる子

電話 090 (****) ****

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たときは、返還することを確約します。

助成対象者の氏名等を記入ください。

助成申請			
受診年月	月分	入院・入院外	(日)
受給券	福祉番号 〇〇〇〇〇〇〇〇	受給者番号	〇〇〇〇〇〇〇
助成対象者氏名	福祉 まる子	生年月日	昭和〇年 〇月 〇日
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	<input checked="" type="checkbox"/> 本人・扶養		
添付書類	1 医療機関が発行した領収書 2 家族療養費支給決定通知書 3 2に代わる証明書		
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 支店 支所	店番 () (普通・当座第 号)
	ふりがな 預金名義人		

健康保険証の写しを添付すれば
保険者番号等の記入は不要です。

【計算方法】 以下は記入しないでください。

通帳見開きのページのコピーの添付があれば記入不要です。

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

領収書原本預かり了済み ()

受付 (支所)

※助成対象者また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。