

福祉医療費助成申請書

年 月 日

長浜市長 あて

〒
 申請者 住所 長浜市
 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。

助成申請額	金	円
受診年月	年 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:) <input type="checkbox"/> 写し添付につき、上記の記入省略	
摘要	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 <input type="checkbox"/> 写し添付につき 記入省略	銀行 本店 店番 () 金庫 支店 農協 支所 (普通・当座第 号)	
	ふりがな 預金名義人	-----

【計算方法】 以下は記入しないでください。

保険診療総点数	点		
保険診療自己負担分	円	支払決定額	
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承済み () 受付 (支所)

※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。