

本庁受付印	支所受付印	伺		
		執行 課長		公印 使用

太枠の中を記入してください。

対象区分番号は、対象区分及び負担者番号8桁のうち上2桁です。受給者番号には7桁をそのまま記入してください。

福祉医療費支給

医療を受けた者の氏名、保険区分、受給者番号等

氏名	大館 裕太	保険区分	<ul style="list-style-type: none"> ・被用者保険 (本人・家族) ・組回国保 ・市国保一般 ・退(本人・家族) ・後期高齢者医療 	対象区分番号	7 4
生年月日	大正・昭和 平成 令和 30 年 4 月 1 日			受給者番号	7 8 9 0 1 2 3

医療を受けた病院等の名称	弘前〇〇病院
--------------	---------------

名称及び所在地	弘前市〇〇××番地
---------	------------------

入院・入院外の別	入院・ 入院外	医療を受けた期間	自 31 年 4 月 至 31 年 4 月
----------	----------------	----------	---

申請理由	県外診療 ・公費自己負担金・遡及・その他()
------	--------------------------------

申請額	円
-----	---

療養給付費の総額 ①	別添のとおり 円
------------	----------

自己負担相当額	① × $\frac{\quad}{100}$ - 高額療養費 円
---------	-----------------------------------

福祉医療費支給申請(決定)額	円
----------------	---

申請者は原則受給者本人です。申請者の振込先の登録をする場合は、「債権者登録申請書」も提出してください。

上記のとおり福祉医療費の支給の申請をします

令和 **元** 年 **5** 月 **20** 日

申請者 住所 **大館市 字中城20番地**

氏名 **大館 太郎** 印

大館市長様

電話 **0186 (43) 7046**