

本庁受付印	支所受付印	伺	令和 年 月 日					公印 使用
		執行	令和 年 月 日					
		課長	主幹	補佐	係長	係	支所担当	

## 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		保 險 区 分	<ul style="list-style-type: none"> <li>・被用者保険 (本人・家族)</li> <li>・組 合 国 保</li> <li>・市 国 保 一 般</li> <li>・退 後 期 高 齢 者 医 療 (本人・家族)</li> </ul>	対象区分番号			
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日			受給者番号			

医療を受けた病院等の 名称及び所在地	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
----------	--------	----------	---------	---------

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  $① \times \frac{\quad}{100} -$  高額療養費 円  
 附加給付金

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の申請をします。

令和 年 月 日

申請者 住所

\_\_\_\_\_

氏名 ②

\_\_\_\_\_

大館市長様

電話 ( )

\_\_\_\_\_