

課長	課長補佐	係長	係

R04.04Ver

福祉医療 療養費支給申請書

年 月 日

山 辺 町 長 殿

〒 -

被保険者 住所 山辺町 番地
 又は 氏名
 世帯主 電話番号

下記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類※を添えて申請します。

福祉医療の種類	1 重度心身障がい(児)者医療	(フリガナ)	
	2 子育て支援医療	受診者氏名	
	3 ひとり親家庭等医療	生年月日	年 月 日
一部負担金	有 ・ 無	医療証番号	
保 険 種 別		被保険者記号番号	自己負担割合
協会・健組・日雇・船員・共済 国保・組合国保・その他 ()			本人 ・ 扶養 割
診療区分	・ 治療用装具の購入 ・ 県外医療機関等受診 ・ 医療証の不提示 ・ その他 ()		
医療機関等の名称		療養期間	療養に要した費用
		年 月 日から 年 月 日まで	日間 円
振込先	金融機関名	銀行・協同組合・金庫 () 本店・支店 ()	
	口座番号	・ 普通口座 ・ ()	
	口座名義 (カナ)		

※次の書類を添付又は提示すること。

1. 健康保険証、2. 福祉医療証、3. 領収書

注) 治療装具の購入の場合は、次の該当する書類等も添付又は提示すること。

- (i) 治療用装具が必要なことを示す医師の診断書又は作成指示書等
- (ii) 健康保険からの療養費支給決定通知書【町国民健康保険、県後期高齢者医療保険以外の方】
- (iii) 治療装具の写真【靴型治療用装具を購入の方】

第三者行為 該当 ・ 非該当

《町記載欄》

総医療費	法定給付額	高額療養費	その他給付額	一部負担金	支給決定額
A	B	C	D	E	F=A-B-C-D-E
	(割)				