

記入例

課長	課長補佐	係長	係

R06.12Ver

福祉医療 療養費支給申請書

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

山 辺 町 長 殿

〒 9 9 0 - 0 3 0 1

被保険者 住所 山辺町 大字山辺 ○○○ 番地 ○○
又は 氏名 山辺 太郎
世帯主 電話番号 023-665-0000

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)	ヤマノベ クニコ						
	2 子育て支援医療	受診者氏名	山辺 国子						
	3 ひとり親家庭等医療	生年月日	平成 30 年 1 月 1 日						
一部負担金	有 ・ 無	医療証番号	41010000						
保 険 種 別		被保険者記号番号		自己負担割合					
協会・健組・日雇・共済・国保 組合国保・後期・その他 ()		1234-87654321		本人 ・ 扶養 2 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					
山辺病院		R○年 ○月 ○日から ○ 日間 R○年 ○月 ○日まで		○,○○○ 円					
振込先	金融機関名	山辺 (銀行・協同組合・金庫) 山辺 (本店・支店)							
	口座番号	1	2	3	4	5	6	7	・ 普通口座 ()
	口座名義 (カナ)		ヤマノベ タロウ						

※次の書類を添付又は提示すること。

1. 健康保険証、資格確認書または資格情報のお知らせ等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)				