

※この申請書は医療機関毎に1ヶ月分をまとめて提出してください。

福祉医療費支給申請書

(障害者・乳幼児・子ども・母子・父子・寡婦)

↓必要事項を記入

平成 年 月 日

時津町長 様

福祉医療費振込先口座の
名義人が申請者(受給者)です。→

申請者 住所 時津町 郷 番地
(受給者) 氏 名
電話番号 —
支給対象者との続柄 ()

次のとおり 福祉医療費の支給を申請します。

太線の中は、福祉医療の支給対象者について記入してください↓

① 受給者証番号	福祉医療費受給者証の番号
③ 支給対象者生年月日	大正昭和平成 年 月 日
⑨ 保険証の番号	
⑪ 被保険者名	

② 支給対象者氏名	
⑧ 加入保険の名称	国保・社保・後期高齢
⑩ 保険発行機関	社会保険事務所・健康保険組合・共済組合・国民健康保険・全国健康保険協会()支部・後期高齢者医療広域連合

診療報酬証明書

※医療機関において記入

診療月	平成 年 月 分	患者氏名	
入院			
入院初日			
入院当日			
入院翌日			
入院後日			
入院回数			
診療総点数			
保険診療に対する一部負担金			
高齢者の医療の確保に関する法律一部負担金			
公費負担(結核・精神)			
点		電話番号	
			印

医療機関から証明を受ける
又は
領収証を添付する

この領収書を添付する場合は、領収書にホッチキスで留めてください。

※診療報酬証明記入上の注意 ・入院については、当該月の入院日数を併せて記入してください。

※月ごと・医療機関ごとに申請書が1枚必要です。
(医療機関と調剤薬局は別です。)

※必要事項を記入し、コピーした申請書の提出も可能です。

※郵送による提出も可能です。

※認定期間内に受診したものであれば、支払日の翌日から
5年間は申請することができます。

入院	
外来	
(薬剤)	

※申請書受付

受付印

診療報酬証明がない場合は領収書 支給対象者の領収書であるかの確認

律一部
ものに

交付者署名