

国保・後期用

支給 決定 伺	伺年 月 日	令和 年 月 日		支給決定額
	決裁年 月 日	令和 年 月 日		
課長	参事・補佐	班長	班員	¥

様式8号(第16条、第18条関係)

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				<input type="checkbox"/> 市町村国保・一般(本人・家族) <input type="checkbox"/> " " ・退職(本人・家族) <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 被保険者番号:	対象区分番号						
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日	保険区分				受給者番号					
医療を受けた病院、診療所、薬局その他の名称(氏名)及び所在地(住所)		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	日間
申請理由											
療養給付費の総額 A										円	
自己負担相当額	A / 100		〔高額療養費付加給付金〕								円
福祉医療費支給申請 ^X (決定)額										円	
上記のとおり福祉医療費の支給申請をします。 令和 年 月 日 〒019- 申請者 住所 _____ 氏名 _____ 電話番号 _____ - _____ 美郷町長 様 ◎ 添付書類 ・当該療養に係る療養給付費証明書 ・その他町長が必要と認めた書類											

※振込口座

銀行名			支店名			口座番号				口座名義	
						普通・当座・他				カナ	
										氏名	

支給決定伺	伺年月日	令和 年 月 日	支給決定額
	決裁年月日		
	課長	参事・補	¥

記入例

様式8号(第16条、第18条関係)

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	美郷 一郎		<input checked="" type="checkbox"/> 市町村国保・一般(本人・ 家族) <input type="checkbox"/> " " ・退職(本人・家族) <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療	対象区分番号								
生年月日	大・昭・平・ 令 5年11月1日			被保険者番号: 1234567	受給者番号	8	0	1	2	3	4	5
医療を受けた病院、診療所、薬局その他の名称(氏名)及び所在地(住所)			病院等の名称	〇〇病院								
			所在地	東京都〇〇区△△1-2-3								
入院・入院外の別	入院・ 入院外		医療を受けた期間	自 令和6年 4月 3日 至 年 月 日								
申請理由	県外受診のため											
療養給付費の総額 A			円									
自己負担相当額	A		100		〔高額療養費〕			付加給付金				円
福祉医療費支給申請 [×] (決定)額			円									
<p>上記のとおり福祉医療費の支給申請をします。</p> <p style="text-align: center;">令和6年4月30日</p> <p style="text-align: center;">〒019-1541</p> <p>申請者 住所 <u>美郷町土崎字上野乙 170-10</u></p> <p>氏名 <u>美郷 太郎</u></p> <p>電話番号 <u>0187 - 84 - 4907</u></p> <p style="text-align: center; color: red;">※日中連絡の取れる番号 携帯電話でも可</p> <p>美郷町長 様</p> <p>◎ 添付書類 ・当該療養に係る療養給付費証明書 ・その他町長が必要と認めた書類</p> <div style="border: 2px solid red; padding: 5px; margin-top: 10px; text-align: center;"> <p style="color: red; font-weight: bold;">必要なもの</p> <p style="color: red; font-weight: bold;">・領収書・申請者の通帳</p> </div>												

※振込口座

銀行名	支店名	口座番号						口座名義		
秋田銀行	美郷支店	普通・当座・他						カナ	ミト 知	
		9	8	7	6	5	4	3	氏名	美郷 太郎