

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		保険区分	<input type="checkbox"/> 市町村国保・一般(本人・家族) <input type="checkbox"/> " " ・退職(本人・家族)		対象区分番号				
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日		<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 被保険者番号:		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	$A \times \frac{\quad}{100}$		〔高額療養費〕 付加給付金			円			
福祉医療費支給申請(決定)額		円							
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	同年月日	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		保険区分 <input checked="" type="checkbox"/> 市町村国保・一般(本人・ <u>家族</u>) <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・ <u>令</u> 5年11月1日			被保険者番号: 1234567	受給者番号	7	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・ <u>入院外</u>		医療を受けた期間	自	令和6年	4月	3日	日間			
申請理由			県外受診のため 補装具作成のため など								
療養給付費の総額 A										円	
自己負担相当額	A × $\frac{\quad}{100}$ - (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 style="text-align: center;">申請者 住所 <u>美郷町土崎字上野乙 170-10</u></p> <p style="text-align: center;">氏名 <u>美郷 太郎</u></p> <p style="text-align: center;">電話番号 <u>0187 - 84 - 4907</u></p> <p style="text-align: center;">※日中連絡の取れる番号</p> <p style="text-align: center;">美郷町長 様 携帯電話でも可</p>											
<p>◎必要なもの(窓口にお持ちいただければ、こちらでコピーを取ります)</p> <p>●領収書 ●申請者の通帳 ●医師の作成指示書 ※補装具の場合</p>											

※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