

子 ども  
障 害 者  
母 子 ・ 父 子 等  
後 期 高 齢 者 福 祉

# 医療費助成申請書

年 月 診療分  
年 月 診療分  
( か月)

年 月 日

申請者 住 所  
(受給資格者・  
受給者等) 氏 名

電話番号 (0561) -

(宛先) 瀬 戸 市 長

記入者 続柄  
(記入者が受給資格者・受給者等の場合は記入不要) 氏 名

保険者に医療給付内容等の確認をすることに同意し、以下のとおり福祉医療費助成の支給を申請します。

受給者番号		申請理由	1 受給者証の提示ができなかった
氏 名			2 療養費払いのため
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日	診療区分	3 県外の病院で受診
加入保険者名			4 その他 ( )
記号番号		病院名	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 補装具 <input type="checkbox"/> 柔整 <input type="checkbox"/> 鍼灸・アンマ・マッサージ <input type="checkbox"/> 移送 <input type="checkbox"/> その他
被保険者名		医療機関番号	

振 込 先	銀行名	銀行・農協・信用金庫・信用組合
	支店名	支店 ・ 出張所
	口座番号	普 ・ 当
	名義人 カタカナ	

(口座名義人が受給者等でない場合に記入してください。)

助成決定金額については、 \_\_\_\_\_ に受領委任します。委任者(受給者等) \_\_\_\_\_

年月	費用額 (円)	割合	保 険 者	高額療養費	点 数	助 成 額 (円)	日数 期間
					領収書(申請額)		
・							日間 ~
・							日間 ~
・							日間 ~

【 備 考 】	受 付	審 査	入 力	点 検