

(様式第4号)

受給者証の「公費負担者番号」と「受給者番号」を記入してください。

医療福祉費支給申請書

受給者証の「受給者氏名」と「生年月日」を記入してください。

受給者証 記号番号	84080985	1234567	受給者氏名	筑西 福子	女
保険者名及び 被保険者証 記号番号	080986	健康保険証の「保険者番号」	生年月日	平成20年10月1日	
医療機関等 の名称	筑西	健康保険証の「番号」	010000100001	診療を受けた医療機関の名称を 記入してください。	
医療等の内容	健康保険証の「記号」		筑西市民病院	診療を受けた時期	
医療等の内容	医科・歯科・調剤・柔整・輸血 訪問看護ステーション・コルセット その他（		診療等 を受けた時期	平成 24 年 9 月	

医療機関等で支払った金額 (医療保険各法の一部負担の額)	医療機関等で受けた診療等の 内容に○を記入してください。	医療機関で支払った 医療費を記入してく ださい。	3,000 円
---------------------------------	---------------------------------	--------------------------------	---------

上記のとおり医療福祉費の支給を申請します。

平成 24 年 10 月 15 日
筑西市長 殿

申請者 (受給者又は保護者) 住所 筑西市下中山732番地1
氏名 筑西 福太郎 (印)
電話番号 0296-24-2111

(注) 1. 添付書類

- ①医療機関等が発行する領収書又は療養費支給証明書。
- ②高額療養費・附加給付等がある場合は、支給決定通知書の写し又は支給証明書。
2. 申請者が医療機関等で支払った金額から、外来自己負担金額、入院自己負担金額、他法による公費負担額、高額療養費等を控除した額が支給されます。
3. ※欄は、市で記入します。

※ 支 給 内 訳	外来・入院区分	入院日数	患者負担金額	標準負担額の1/2
		外来・入院	日	① 円
控 除 額 内 訳	外来自己負担金額	円	入院自己負担金額	円
	他法公費負担額	円	附加給付額	円
	高額療養費	円	その他	円
			控除額計	③ 円
交付決定額		①+②-③ 円		

- 振込先 -

口座 名	銀行名	常陽銀行	下館支店	普通
	口座名義人	チクセイ フクタロウ	口座番号	1234567

金融機関名、支店名、口座名義人、口座番号を記入してください。(登録口座に変更がない場合は、記入不要です。)