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。

受給者証の「受給者氏名」と「生年月日」を記入してください。

医療福祉費支給申請書

受給者証記号番号	84080985　1234567	受給者氏名	筑　西　　福　子
保険者名及び被保険者等記号・番号	080986 筑西　01000010001	生年月日	平成 30 年 10 月 1 日
医療機関等の名称	筑西診療所		
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	令和 5 年 6 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)			3,000　円

健康保険証の記号・番号記入

診療を受けた医療機関の名称を記入してください。

医療機関等で受けた診療内容に〇を記入してください。

医療機関で支払った保険診療分の医療費を記入してください。

上記のとおり医療福祉費の支給を申請します。

令和 5 年 7 月 1 日

申請日を記入

筑西市長　様

申請者（受給者又は保護者）　住所　筑西市丙 360 番地

氏名　筑西　福太郎

電話番号　0296-24-2111

申請者の住所・氏名・電話番号を記入してください。

（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・附加給付費等がある場合は、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	②　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	〇〇銀行	〇〇支店	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、支店名、口座名義人、口座番号を記入してください。（登録口座の変更がない場合は、記入不要です）