

下諏訪町福祉医療費支給申請書

令和 〇 年 〇 月 〇 日

下諏訪町長様

下記のとおり医療費の支給を申請します

（申請者は下記太枠欄に必要事項をすべて記入し、医療の申請を行ってください。）

申請者 住所 下諏訪町 1 2 3 番地 4 5

氏名 国保 花子

受給資格者との続柄（ 本人 ）

電話番号（ 090-1234-5678 ）

窓口に来た人 または 申請書
を書いた人の住所・名前・電話
番号をお書きください。受給者
本人でなくても結構です。

申請者が記入する欄

市町村番号	0	4	2	事業番号	2	9						
受給者番号	0	0	0	9	8	7	6	5	4	3		
個人番号												
受給者氏名	国保 花子						生年月日	昭和 2 0 年 3 月 2 8 日				
診療年月	令和 〇 年 〇 月	診療分（診療医療機関： 〇〇〇病院 ほか ）										
この用紙で申請する理由（該当項目に〇） <ul style="list-style-type: none">・ 県外医療機関で受診したため・ 補装具・ 受給者証を提示せずに受診したため・ その他（ ）												

（注）以下の※印欄へ申請者は記入しないでください。

※医療機関等が記入する欄

令和 年 月（入院		0歳～18歳の方は、事業番号(2桁)は空欄で結構です。受給者番号のみ記載をお願いします。個人番号の記載は空欄でも結構です。	
受給資格対象者氏名			
加入医療保険	国保・後期・協会健保	します。	
保険診療総点数		点	
他法負担分点数（結核予防法等）		点	令和 年 月 日
期間	月 日～ 月 日（ 日間）	医療機関所在地	
食事療養費一部負担金	円× 日＝ 円	名称	
外来薬剤費一部負担金		円	氏名
訪問看護療養費		円	

- 注） 1 点数で記入できない場合は、保険診療総点数の欄に 1 0 割分の金額で記入してください。（この場合必ず円と記入すること）
2 この証明には、健康保険の対象とならない費用は含めずに記入してください。
3 他法負担分点数欄は、結核予防法等の公費負担で支払われる額を点数で記入してください。

※決定欄

保険診療一部負担金 A	入院時食事一部負担金 B	高額療養費 C	付加給付 D	一部負担金 E
支給決定金額 A+B-C-D-E				