

償還方式

塩尻市福祉医療費給付金支給申請書

年 月 日

(あて先) 塩尻市長



申請者 住 所

氏 名 印

電 話

次のとおり、福祉医療費給付金の支給申請をします。

受給者番号		受給者加入医療保険									
受給者氏名		保険者名称									
生年月日		記号・番号									
生年月日		保険者番号									
診療月	年(和暦)	月	入外別	入院	入院外	金融機関名及び支店名					
				1	2						
診療日数		日				種別	口座番号				
診療報酬総点数		点(円)				口座名義人(フリガナ)					
自己負担額		円									
受診者	国保	後期高齢者	医療機関名								
保険区分	社保		領収書の枚数								
医療機関番号											
生年(和暦)	給付割合	高額医療費			食事療養費・生活療養費			公費法別			
	70・80・90	円			円			21・()			
上記のとおり相違ないことを証明します。											
年 月 日											
医療機関										印	

※医療機関の領収書等の提出が必要となります。

※市記入欄	区分	1.乳幼児等	2.障がい者()	(一般・後期)	3.母子家庭の母子等	4.父子家庭の父子
	添付書類確認	入力確認	処 理 日	審 査	確認者印	
			年 月 日			