

福祉医療費交付申請書 (請求書)				
医療の種類	子ども医療	ひとり親家庭等医療	重度心身障害者(児)医療	
坂井市長殿		平成 年 月 日		
申請者記入欄	申請者 (受給資格者)		住所 坂井市	
	氏名		印	
	(対象者との続柄)			
	TEL		- -	
下記のとおり領収書(領収証明書)を添えて医療費助成の申請をします。				
対象者氏名		医療 保 険	1. 国保 2. 退職 3. 国組 4. 協会	
生年月日	年 月 日		6. 組合 7. 船員 8. 共済 9. 後期	

※申請書の提出は診療月の翌月から数えて1年以内です。

※領収書は、各医療機関、各診療科毎に1ヶ月分をまとめて添付するか、領収証明を受けてください。

領 収 証 明 書				
				年 月 日
受診者		殿		
診療月	年 月 日から 日まで	保険診療総点数		
診療科名		本人負担金		
入院 ・ 外来		入院時食事療養費 一部負担金	日	円
上記の金額を領収しました。				
		医療機関	住所	印
			名称	
			代表者	
府 県	表	地 区	番 号	診 療 科 目

(注意) 点数及び金額は保険診療の対象分のみ記入願います。

※審査欄は記入しないでください。

審査	総医療費	本人負担金 (A)	附加給付 (B)	高額医療 (C)	他負担 (D)	助成額 E=(A-B-C-D)	食事療養費 (F)	総支給額 (E+F)

診療月	府 県	診療科目	入院 外来
月			入・外