

様式第5号（第5条関係）

坂城町福祉医療費給付申請書

年 月 日

坂 城 町 長 様

(申請者) 住 所
氏 名
電 話

印

以下のとおり、年 月診療分を申請します。

なお、福祉医療費給付のため、私の世帯の支給対象となるレセプト、各保険組合等高額療養費の関係資料を閲覧することを承諾します。

申請者記入欄	受給者氏名		生年月日		受給者番号	
	個人番号:		年 月 日			
	加入保険		記号・番号		発行機関名	
	国保 健保 後期 共済 その他()					
	振込先	金融機関名	銀行・農協 信金・信組		支所 支店	
口座番号		普通 当座	フリガナ 名 義 人			
医療機関等証明欄	年 月分 証明書					
	保険診療 報酬点数 (科)	入院	日	保険診療報酬点数		点
			日	食事療養費標準負担額		円
		外来	日	保険診療報酬点数		点
				外来薬剤一部負担金		円
	訪問看護療養費		日	基本利用料		
年 月 日 上記のとおり証明します。						
印						

申請者へお願い

- この申請書は、医療機関ごと診療月ごとに記入してください。
- 申請者記入欄に、必要事項を正しく記入後、領収書を添えて申請してください。
- 第三者行為（交通事故等）の治療については、給付対象になりません。
- 高額療養費に該当する場合、加入保険からの支払通知書の写しを添付して提出してください。（国保加入者は除く）
- 1度に2枚以上提出する場合のみ、加入保険・振込先の欄の記入は省略しても差しつかえありません。
- 提出する申請書の診療月・医療機関等は控えておいてください。