様式第5号(第8条関係)

医　療　費　支　給　申　請　書

年　　月　　日

豊　明　市　長　殿

住所
申請者　氏名
電話

次のとおり福祉医療費の支給を申請します。

金　　円

受給者番号		受給者氏名	
生年月日			
加入保険名称		加入保険記号番号	記号 番号

	金融機関名	口座番号	種別	口座名義人
振込口座			普通 当座 貯蓄	(カタカナで記入してください。)

医療機関等記入欄

医　療　状　況　書

診療月	年　月	総点数	点
入院・入院外	入院・入院外	結核・精神各法負担点数	点
入院年月日	年　月　日	退院年月日	年　月　日
当月診療実日数	日	自己負担額	円

上記のとおり診療し　　月分自己負担額を領収しました。

年　　月　　日

医療機関等　所在地
名称
氏名　　印

※記入しないでください。

自己負担額		高額療養費・家族附加金		一部負担金		支給額
円	－	円	－	円	＝	円

※端数計算の関係上、自己負担分と給付額に差異が生じることがあります。