

老人  
障害  
乳幼児等  
子ども  
母子等

福祉医療費支給申請書

申請に該当する制度を  
○で囲んでください。

【記入例】県外受診

受給者証の2段目に  
記載されている  
7桁の受給者番号  
を記入してください。



対象の受給者の氏名・性別・生年月日を記入してください。	別 加東 伝の助 (男)女	受給者番号	7 1 2 3 4 5 6
受給者の生年月日	昭和・平成・令和 4年 1月 1日		
保険者の名称 (保険者番号)	健康保険証をコピーし、添付してください。 (対象者の氏名が記載されたもの)	保険証コピー添付により記入不要	
被保険者証の記号番号			
療養の給付を受けることが できなかった理由	1 証未提示 2 県外受診 3 補装具 4 2の県外受診にマル マッサージ	病院を受診した年と月を記入してください。	診療月 令和 4年 10月分
振込金融機関名	預金種別	1 普通 2 当座	
銀行 本店 ゆうちょ信用金庫 四三八 支店 信用組合 出張所 農業協同会	口座番号	1 2 3 4 5 6 7 カトウ ハナコ	
	フリガナ	カトウ ハナコ	
	口座名義人	加東 花子	
支給される療養費を受け取るための金融機関の口座情報を記入してください。 乳幼児・子ども医療助成制度 ⇒ 保護者名義の口座情報を記入してください。 それ以外の医療助成制度 ⇒ 受給者本人名義の口座情報を記入してください。			
上記のとおり医療に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。			
届出日を記入		令和 4年 8月 10日	
申請者の住所・氏名・電話番号を記入して下さい。 電話番号は平日昼間に連絡がとれる番号をご記入ください(携帯電話番号推奨)		住所	加東市社50番地
		氏名	加東 花子
		電話番号	090-1234-5678

※ ひと月の受診分に対して、1枚の申請書が必要です。  
複数月にわたって申請を行う場合は、必要な月数分の申請書を印刷し、各月ごとに申請書を作成してください。

記入不要

老人  
障害  
乳幼児等  
子ども  
母子等

福祉医療費支給申請書

【記入例】補装具

申請に該当する制度を○で囲んでください。

受給者証の2段目に記載されている7桁の受給者番号を記入してください。



対象の受給者の氏名・性別・生年月日を記入してください。	別 加東 伝の助 (男) 女	受給者番号	7 1 2 3 4 5 6
受給者の生年月日	昭和・平成・令和 4 年 1 月 1 日		
保険者の名称 (保険者番号)	健康保険証をコピーし、添付してください。(対象者の氏名が記載されたもの)	保険証コピー添付により記入不要	
被保険者証の記号番号		医療機関が発行した同意書の日付の属する月を記入してください。	
療養の給付を受けることができなかった理由	1 証未提示 2 県外受診 ③ 補装具 4 アンマ・マッサージ 5 ハツアツその他	診療月	令和 4 年 1 0 月 分
振込金融機関名	預金種別	① 普通 2 当座	
銀行 本店	口座番号	1 2 3 4 5 6 7	
ゆうちょ信用金庫 四三八 支店	フリガナ	カトウ ハナコ	
信用組合 出張所	口座名義人	加東 花子	
支給される療養費を受け取るための金融機関の口座情報を記入してください。 乳幼児・子ども医療助成制度 ⇒ 保護者名義の口座情報を記入してください。 それ以外の医療助成制度 ⇒ 受給者本人名義の口座情報を記入してください。			
上記のとおり医療に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。			
届出日を記入		令和 4 年 8 月 1 0 日	
申請者の住所・氏名・電話番号を記入して下さい。電話番号は平日昼間に連絡がとれる番号をご記入ください(携帯電話番号推奨)		住所	加東市社50番地
		氏名	加東 花子
		電話番号	090-1234-5678

- ※ 添付書類
- ・保険医療機関等において発行された領収書
  - ・医療保険が療養費払いの場合には、療養費支給明細書
  - ・家族療養費付加金等がある場合は、付加給付等支給額証明書

記入不要

無

支給内容内訳

医療機関・薬局等の名称	診療年月日	日数	表別	入外区分	総医療費	療養費等 保険者給付額	本人支払額 (1・2・3割)	付加給付額 高額療養費	一部負担金	支給決定額
	年 月 日から 年 月 日まで		医科 歯科 調剤	入院 ・ 外来	点×10円	( 年 月 日支給)				
	年 月 日から 年 月 日まで		医科 歯科 調剤	入院 ・ 外来	点×10円	( 年 月 日支給)				
	年 月 日から		医科 歯科	入院	点×10円					
<div style="border: 2px solid black; border-radius: 50%; padding: 40px; width: fit-content; margin: auto;"> <p style="font-size: 24px; font-weight: bold;">裏面の記入は不要です。</p> </div>										
	年 月 日から 年 月 日まで		医科 歯科 調剤	入院 ・ 外来		( 年 月 日支給)				
	年 月 日から 年 月 日まで		医科 歯科 調剤	入院 ・ 外来	点×10円	( 年 月 日支給)				
	年 月 日から 年 月 日まで		医科 歯科 調剤	入院 ・ 外来	点×10円	( 年 月 日支給)				
	年 月 日から 年 月 日まで		医科 歯科 調剤	入院 ・ 外来	点×10円	( 年 月 日支給)				
合 計										( 年 月 日支給)