受付印	

福祉医療費支給申請書

受給資格	

区　　分	移	障	乳	こ	母	被保険者証記号・番号	記号	番号
受給者番号	1				7	被保険者名		受給者との続柄
フリガナ						保険者番号		国・協・組 日・船・共
受給者氏名（患者名）						保険者名	全国健康保険協会	健康保険組合 支部
生年月日	S・H・R　年　月　日					保険の資格取得日	S・H・R　年　月　日	

申請者	8 1. 本人 2. 相続人 3. 保護者等	9 16

上記により医療費の支給を申請します。
なお、支払は下記の預金口座へ振り替えてください。

17 令和　年　月　23 日

（宛先）
姫路市長

申請者
住所 姫路市＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
電話　（　　－　　－　　）

振替先金融機関	（金融機関コード） 24 30			種別	口座番号 31 32 38	(フリガナ) 口座名義 39 63	64 1振替 2窓口払
	銀行・農協 信用金庫・組合	本店・支所 支店・出張所		31 普通・当座 1　2			

※以下は記入しないでください。

受付	領収書枚数
	枚

【注意事項】
・**申請者と口座名義人は同じ人**を記載してください。
・福祉医療受給者が未成年などの場合は、保護者が申請してください。

令和　年　月　日	審査	係長	係

診療年月 65 69	総医療費 70 77	領収書金額	自己負担額(1･2･3割)	附加給付額 高額療養費	一部負担金 78 83	薬剤負担金 84 89	支給決定額 90 97	種類 98 99	表別 100	入外 101	日数 102 103
合計											

種類：　1．一般診療　2．補装具　3．柔　整　4．ｱﾝﾏ･ﾏｯｻｰｼﾞ　**表別**：　1．医科　3．歯科　4．調剤
5．ハリ・灸　6．看　護　8．その他　10．高額療養費　**入外区分**：　1．入院　2．外来