受付印		受給資格	

福祉医療費支給申請書

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
	銀　行・農　協 信用金庫・組　合						本　店・支所 支　店・出張所	
種　別	口　座　番　号						（フリガナ）	39 63
31 普通・当座 1　2	32					38	口座名義	

64 ①振替
2 窓口払

※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 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　5．ハリ・灸　6．看　護　8．その他　10．高額療養費

表別：　1．医科　3．歯科　4．調剤

入外区分：　1．入院　2．外来