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・枝番	記号 30000000	番号 1	枝番 01			
受給者番号	1	1	1	1	1	1	1	被保険者名	福祉 一郎	受給者との続柄	父	
フリガナ	フクシ タロウ							保険者番号	01280015	国・(協)・組 船・共		
受給者氏名（患者名）	福祉 太郎							保険者名	全国健康保険協会 健康保険組合 支部 兵庫			
生年月日	S・H・(R) 3年 1月 1日							保険の資格取得日	S・H・(R) 3 年 1 月 1 日			

申請者	1．本人 2．相続人 (3.) 保護者等

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。

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

(宛先)
姫路市長

申請者※1
住所 姫路市 安田四丁目1番地
氏名 福祉 一郎
電話 (080 － 0000 － 0000)

振替先金融機関	(金融機関コード)			
	○○	(銀行)・農協 信用金庫・組合	姫路	本店 (支店)・出張所
種別	口座番号	(フリガナ) 口座名義※1	フクシ イチロウ / 福祉 一郎	①振替 2窓口払
普通・当座 (1) 2	3 3 3 3 3 3 3			

☑【乳・こ】学校管理下（通学・部活動含む）でのケガ等によるものではない

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】
※1 **申請者と口座名義人は同じ人**を記載してください。
※2 福祉医療受給者が未成年などの場合は、保護者等が申請してください。
※3 交通事故等の第三者行為によるものは、別の届出が必要です。

令和 年 月 日 審査 係長 係

診療年月	総医療費	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	薬剤負担金	支給決定額	種類	表別	入外	日数
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