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 30000000	番号 1
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 日・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 兵庫 支部
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 3 年 3 月 3 日

(宛先)
姫路市長

申請者
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・支所	(支店)・出張所

種別	口座番号	(フリガナ)	フクシ　イチロウ	(1)振替 2窓口払
普通・当座 (1) 2	3 3 3 3 3 3 3	口座名義	福祉　一郎	

※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	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　**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