

様式第4号(第7条関係)

医 療 費 支 給 申 請 書				
年 月 日				
豊 明 市 長 殿				
住所				
申請者 氏名				
電話				
次のとおり福祉医療費の支給を申請します。				
また、申請内容の事実の確認のために必要な健康保険の加入状況等の公簿の閲覧に関し同意します。				
金 円				
受 給 者 番 号		受 給 者 氏 名		
生 年 月 日		個 人 番 号		
加 入 保 険 称		加入保険 記号		
名 称		記号番号		
振込口座	金 融 機 関 名		口 座 番 号	種別
				普通 当座 貯蓄
医 療 機 関 等 記 入 欄	医 療 状 況 書			
	診 療 月	年 月	総 点 数	点
	入 院 ・ 入 院 外	入 院 ・ 入 院 外	結核・精神各法負担点数	点
	入 院 年 月 日	年 月 日	退 院 年 月 日	年 月 日
	当 月 診 療 実 日 数	日	自 己 負 担 額	円
	上記のとおり診療し 月分自己負担額を領収しました。			
年 月 日				
医療機関等 所在地 名 称 氏 名				
※記入しないでください。				
自己負担額 高額療養費・家族附加金 一部負担金 支給額				
円 ー 円 ー 円 = 円				