

様式第3号 (第6条関係)

福祉医療費給付申請書

令和5年4月1日

みなかみ町長 様

住所 **みなかみ町後閑318番地**

氏名 **みなかみ 花**

電話番号 **0278-25-5010**

条例第7条第1項の規定に基づき福祉医療費の支給を申請します。

公費負担者番号		受給資格者証番号 (受給者番号)							
社会保険の名称	記号番号		被保険者名						
みなかみ町国民健康保険	111-22222		みなかみ 一郎						
振込金融機関名	支店名	預金種目	口座番号	名義人 フリガナ					
群馬銀行	月夜野支店	普通預金	0123456	ミナカミ イチロウ					
		当座預金		みなかみ 一郎					
受診者氏名	診療		保険診療 総点数	窓口徴収額			交通災害 その他		
	年月	日数等		一部負担金	標準負担額	他方による 費用徴収額			
	年	入日	点						
	月	外							
*保険点数×10× 割				*決定金額			*確認		
	年	入日	点						
	月	外							
*保険点数×10× 割				*決定金額			*確認		
	年	入日	点						
	月	外							
*保険点数×10× 割				*決定金額			*確認		
診療証明書				支給決定額					
上記のとおり診療したことを証明します。									
医療機関等の名称									
所在地									
氏名									

- (注) 1 申請書の2本線から上部及び口座番号等は、申請者が記入してください。
- 2 口座の指定については、原則として世帯主のものとしたしますが、御家族の方の口座を指定なされても結構です。
- 3 申請書の2本線から下部の受診者にかかる診療内容は医療機関等が記入してください。(※の欄は記入不要)