

※医療費審査支給決定欄						審査決定額	一部負担金	医療費支給額
老	健管	健管(単)	障	障(単)	母			

### 福祉医療費支給申請書

受給者氏名			受給者番号					
保険者の名称及び番号	(保険者番号)		被保険者証記号・番号					
傷病名			傷病の原因	<input type="checkbox"/> 第三者行為以外の原因によるもの <input type="checkbox"/> 第三者行為				
医療機関の名称及び所在地								
療養に要した費用	円		医療の内容(いずれかに○)	1,一般診療 2,補装具 3,柔整 4,アンマ・マッサージ 5,ハリ・灸 6,移送 7,その他				
療養を受けた期間	年 月 日から		年 月 日まで		実日数			日間
(医療受給者証が使用できなかった理由) <input type="checkbox"/> 装具製作業者は保険医療機関でないため <input type="checkbox"/> その他 (具体的に事情を書いてください)								
移送	区間	～		方法			回数	回

上記のとおり、医療に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。

令和 年 月 日  
(申請者)

住 所

氏 名

電話番号 ( ) 受給者との続柄 ( ) 印

南 丹 市 長 様

振込口座			銀行協 信用金庫			本店支店 出張所	普通・当座
	口座番号			(ふりがな)			
				口座名義			

委任欄	_____を私の代理人と定め、上記金額請求・受領並びに復委任専任権限を委任する。							
	住所							
	令和 年 月 日 氏名 印							