

負担区分		町単独	一般	低Ⅱ	低Ⅰ
高齢受給者		上位	一般	低Ⅱ	低Ⅰ
移・老	移・老高額	障	乳	こ	母
					高

福祉医療費支給申請書

令和 年 月 日提出

住所

太子町長様

申請者氏名

電話番号

		公費負担医療 の受給者番号							
受給者	居住地	太子町 (郵便番号671-)		受診したところ	都道府県	市区郡	病院 医院 診療所		
	氏名	(大・昭・平・令 年 月 日生)			電話番号()		-		
医療を受けた期間		年 月 から 年 月 まで							
受けた医療の内容		☐ 医科(入院) ☐ 医科(入院外) ☐ 歯科(入院) ☐ 歯科(入院外) ☐ 柔道整復師の施術 ☐ 看護 ☐ 補装具(コルセット) ☐ 調剤							
保険証	被保険者	住所				保険の種類	協会けんぽ 船員健保 健保組合 共済組合 太子町国保 国保組合 後期高齢者医療制度 〔太子町国保以外は療養費支給証明が必要です〕		
	〔保険証〕 の名義	氏名							
	記号・番号	記号	番号	保険者番号					
医療費の振込希望金融機関		☐ 前回と同じ口座							
		農協 銀行 信用金庫 支店							
		口座番号 預貯金者(カタカナで記入)							
		☐ 普通(総合) ☐ 当座							

(太子町審査欄) ここから下は記入しないで下さい。

診療月 年・月	受けた医療の内容				診療 実日数	総医療費点数 A	療養費給付額 B	一部負担金 C	審査額 A×10-(B+C)	領収書金額
・	医科	歯科	柔整	入外		点				
・	看護	補装具	調剤	入外		点				
・	医科	歯科	柔整	入外		点				
・	看護	補装具	調剤	入外		点				
・	医科	歯科	柔整	入外		点				
・	看護	補装具	調剤	入外		点				
合計						点			決定額	