

## 福祉医療費給付申請書

群馬県渋川市長 様

年 月 日

住 所

氏 名

㊟

電話番号

渋川市福祉医療費の支給に関する条例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							
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							
				普通預金		-----							
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	他法による 費用徴収額							
	年 月	入 日 外	点	円	円	円							
*保険点数×10× 割				*決定金額				*確認					
	年 月	入 日 外	点	円	円	円							
*保険点数×10× 割				*決定金額				*確認					
	年 月	入 日 外	点	円	円	円							
*保険点数×10× 割				*決定金額				*確認					
診 療 証 明 書													
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 申請者の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)