

記入例

①～③欄の記入をお願いします。

※①振込先と②申請者が異なる場合は、下記の委任欄の記載をお願いします。

様式第8号（第16条関係）

※ 国保・後期以外は必ず「同意書」を添付してください ※

福祉医療費支給申請書									
医療を受けた者の氏名、保険区分、受給者番号等									
氏名	能代 太郎 (S18年3月21日)	保険区分 ・ 組合国保 ・ 被用者保険（本人・家族） ・ 市町村国保 一般 退職（本人・扶養） ・ 後期高齢者医療	対象区分番号			受給者番号			
医療を受けた病院、診療所、薬局その他の名称（氏名）及び所在地（住所）		病院等の名称		所在地					
入院・入院外の別		入院・入院外		医療を受けた期間	自	年	月	日	日間
申請理由		遡及・県外受診・コルセット・自立支援医療・（ ）							
銀行名・支店名	のしろ 能代	銀行・金庫 協同・信組 支店・本店 出張所	口座番号		口座名義（カタカナ）				
			1234567		ノシロ タロウ				
療養給付費の総額 A		円							
自己負担額	A × $\frac{\quad}{100}$	高額療養費 附加給付金		円					
福祉医療費支給申請（決定）額		円							
上記のとおり福祉医療費の支給の申請をします。									
令和〇年〇月〇日		③申請日を記入してください。							
申請者 住所		能代市上町1番3号							
氏名		能代 太郎							
電話		0185-89-2159							
能代市長 様									

①振込先となる
口座情報を記入
してください。

②申請者の住所、
氏名、電話番号を
記入してください。

◎ 添付書類

- ・ 当該療養に係る療養給付費証明書（別添1又は別添2）
- ・ その他市長が必要と認めた書類

（申請者と振り込み先が異なる場合）

年 月 日

本申請に基づく給付金の受領を代理人に委任します。

申請者氏名 _____
代理人氏名 _____
代理人住所 _____

注意 ①振込先と②申請者が異なる場合は、委任が必要となります。
その場合は、上記の委任欄の記載をお願いします。