医療費支給申請書

※この申請書に医療機関の領収書・その他必要な書類（医師の意見書等）を添えて申請してください。

※太わくの中を記入してください。

制度区分											
保険種別											
医療証番号			4	0	5	0			フリガナ		
									対象者氏名		
健康保険	記号・番号								生年月日	年　月　日	
	被保険者氏名								診療期間	令和　年　月　日　から 令和　年　月　日　まで （　　）日間	
	保険者名										
	保険者番号										
申請理由	□医療証未提示　□資格遡及 □県外受診　年　月　日 □療養費払　年　月　日 □公　費　□その他								医療機関の名称・所在地	〔名称〕 〔所在地〕	
									本人支払額		
区分	□入　院　□歯　科　□看　護　□柔道整復　□その他〔　　〕 □入院外　□調　剤　□補装具（コルセット）　□はり灸・マッサージ										

上記のとおり医療費の支給を申請します。

申請者　（住所）〒　－

（フリガナ）（　　）（続柄：　　）

（氏名）（TEL　　）

令和　年　月　日　【公金受取口座】□ 使用しない　／　□ 使用する

（あて先）福岡市　区長　【申請２回目以降の方】□ 口座情報に変更なし　／　□ 口座情報に変更あり

振込先	金融機関名										
	預金種別		口座番号							（フリガナ） 口座名義人	（　　）

下記の支給額を受領しました。　令和　年　月　日

受給者（住所）福岡市　区

資金前渡者　（氏名）

事務処理	受付番号	受付年月日	受付者	台帳記入	療養費受付番号	備考
		申請月日と同日 （　・　・　）				

次のとおり決定してよろしいか（伺）

総医療費	法定給付		附加給付	助成対象外費用	一部負担金	減額対象医療費	支給決定額
	保険給付額	高額療養費他					
円	円	円	円	円	円	円	円

決裁年月日	令和　年　月	支給 ・ 不支給	課長	係長	係員
決定通知年月日	令和　年　月				
支給年月日	令和　年　月				