

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									
保 険 区 分	被用者保険（本人・家族）				組合国保				
	国民健康保険（一般・退職・家族）				後期高齢者医療				
対 象 者 区 分 番 号			受 給 者 番 号						
個 人 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	医 療 を	自 令 和 年 月 日						
	入 院 外	受けた期間	至 令 和 年 月 日	日間					
申 請 理 由									
療養給付費の総額(a)	円								
自 己 負 担 相 当 額	$(a) \times \frac{\quad}{100} + \left[\begin{array}{c} \text{薬 剤} \\ \text{一 部} \\ \text{負担金} \end{array} \right] - \left[\begin{array}{c} \text{高額療養費} \\ \text{附加給付金} \end{array} \right]$		円						
福祉医療費支給申請（決定）額			円						
<p>上記のとおり福祉医療費の支給を申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>申 請 者 住 所 _____</p> <p>氏 名 _____</p> <p>井 川 町 長 齋 藤 多 聞 様</p>									

◎添付書類 ・ 当該療養に係る療養給付費証明書、その他井川町長が必要と認めた書類