

福祉医療費未支給金請求書

年 月 日

赤穂市長 宛

住所

請求者 氏名

死亡者との続柄

電話 ()

年 月分(高齢期移行・重度障害者・乳幼児等・母子家庭等・高齢重度障害者)医療費の支給を下記のとおり請求します。

個人番号							
死亡者 (受給者)	氏名				生年月日	年 月 日	
	住所				死亡した日	年 月 日	
受給者証	負担者番号				被保険者等 記号・番号	記号	番号
	受給者番号						
申請内容	受診医療 機関名称	<input type="checkbox"/> 別添のとおり			所在地	<input type="checkbox"/> 別添のとおり	
	診療実日数	年 月 日から 年 月 日まで	日	入院 日 外来 日 治療器具 日 マッサージ 日	歯科 日 調剤 日 鍼・灸 日 () 日	計 日	領収書 金額 円
本申請の医療費については、口座振込の方法によって受領したいので、取引金融機関を次のとおり指定します。							
振込希望 金融機関名	銀行・金庫 組合・農協		口座 番号	普通 当座	フリガナ		
	本店・支店				口座名義		

被保険者等 記号・番号	記号	番号	保険の種類	協組 日 船 共 国 他 国 後
			保険者名	()

支給決定				係員	係長	課長	負担区分
※ 審査	総点数	領収書金額 (a)	付加給付額等 (b)	一部自己負担額 (c)	支給決定額 (a)-(b)-(c)	支払年月日	一般 ・ 低 ・ 県超 ・ 区分I ・ 区分II
	点	円	円	円	円		
	入院						
	外来						
	調剤						
()							

※印の欄は記入しないでください。

※本人確認 (うち内容によるもの)

提出時には本人確認書類の提示又は写しの提出が必要です。