

別記様式第 10 号 (第 4 条関係)

| | | | | | | | | | |
|------------------|--------------|-------|-------|---|-------|----|---|---|---|
| 決 裁 | 課 長 | 課長補佐 | 係 長 | 係 | 受 付 | 平成 | 年 | 月 | 日 |
| | | | | | 伺 | 平成 | 年 | 月 | 日 |
| | | | | | 決 定 | 平成 | 年 | 月 | 日 |
| | | | | | 支 給 | 平成 | 年 | 月 | 日 |
| 助 成 内 訳 | 保険診療 合計金額 | 控 除 額 | | | 交付決定額 | | | | |
| | | 法定負担額 | 他方負担額 | 計 | | | | | |
| | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | | | | |

乳幼児・男
障
高 齢 障

申請者は口座名義人と同一の
保護者の方をご記入くださ
い。

(療養費) 助成申請書

平成 24 年 2 月 1 日

須 崎 市 長 様

申請者 住所 須崎市山手町 1-7
(保護者) 氏名 須崎 花子

申請日をご記入くだ
さい。

受給者証の
上から2段目の
番号をご記入
ください。

次のとおり福祉医療費 (療養費) の助成を申請します。

| | | | | | | |
|-------------|----------|----------------------------|------------------|---------------|---------|-----------------|
| 受給者番号 | 50000000 | | 加 入 保 険 | 被保険者証 記号番号 | | |
| 対 象 者 | 氏名 | 須崎 太郎 | | 男・女 | 被保険者氏名 | |
| | 生年 月日 | 明治・大正・昭和・平成 8 年 6 月 1 日 | | | 保 險 種 別 | 国・国組・政・健組・船・共・日 |

加入保険の欄は、保険証を
確認のうえ、ご記入ください。

| | | | | | |
|----------|----|---|---|---|---------------|
| 診 療 月 | 平成 | 年 | 月 | 日 | 人・家族(家族の氏名:) |
| 保険診療合計点数 | | | | | 金額収額 円 |

保険診療分について、上

平成 年 月 日

保険医療機関等の所在地、名称、代表者等

(注) この用紙は、保険医療機関等に診療金額等をいったん支払い、その後で各市町村長から助成を受ける場合に使います。申請は診療月ごとに、次の要領によってください。

- 健康保険法第 44 条など医療保険各法が療養費扱いの場合：保険者から通知された「療養費支給決定通知書」又はその写し、あるいは保険者の証明を添えて申請して下さい。(下欄の記入不要)
- 県内で被保険者証を提示したが福祉医療費請求書を持参しなかった場合：下の欄へ保険医療機関等で領収事項についての記入を受けてください。
- 県外で被保険者証により診察を受けた場合：前項のように、この用紙に領収事項についての記入を受けるか、同じ内容の領収書を添えてください。