福祉医療費支給申請書

受付印

佐世保市長　様

別添領収書（医療機関等証明書）のとおり医療費を支払ったので福祉医療費の支給を申請します。

平成　　年　　月　　日

（申請者）住　所　　佐世保市　　町（丁目）　　番　　号

氏　名　　㊞　　（電話　　－　　－　　）

受給者番号		保険証の被保険者氏名		
診療を受けた人の氏名	（フリガナ）	保険証の記号・番号	記号	番号
生年月日	M T S H　　.　　.	保険証発行機関名		
			1 社会保険事務所　2 健康保険組合 3 共済組合　4 国民健康保険	

＜太枠内に記入をお願いします＞

福祉医療の申請をされる方へ

この用紙と、医療機関等の領収書（患者名、点数、金額、診療日の判るもの）を一緒に提出してください。
レシートでは申請ができませんので、その場合は別紙の「医療機関等証明書」に病院・薬局等で支払い金額の証明済みのものを提出してください。

高額説明	

計算欄（この欄は記入しないで下さい）

診療月	入外	医療機関	診療区分	入院初日	日数	点数	一部負担金
年　　月	入　外		医　歯				
年　　月	入　外		医　歯				
年　　月	入　外		医　歯				
年　　月	入　外		医　歯				
年　　月	入　外		医　歯				
年　　月	入　外		医　歯				