

## 福祉医療費助成申請書

医療証 受給者番号	<small>(資格証)</small>	氏名	年 月 日生
医療 機関名	名 称		
	所 在 地		
医 療 内 容	入院入院外の別	入院 ・ 入院外	
	期 間	年 月 日から	年 月 日までの間
加入医 療保険	被保険者(組合員)名	保 険 証 記 号 番 号	保 険 者 名

申請額 金 円也

内訳	本人負担額	円 (別紙領収書のとおり)
	控 除 額	円
	差 引	円 (助成対象額)

上記のとおり申請します。

年 月 日

住 所

申請者

氏 名

(助成対象者との続柄 )