

福祉医療費助成申請書

年 月 日

益田市長 様

届出人 住所

氏名

TEL

下記のとおり、福祉医療費助成の申請をします。

記

受給者証番号							
受給者	氏名						
	生年月日						
	住所						
加入保険	被保険者記号番号						
	保険種別						
	保険者名称						
診療年月		入院外来区分	入院・外来				
医療機関名称	領収書のとおり						
医療機関所在地	領収書のとおり						
申請理由	1 県外の医療機関で受診 2 医療証交付前の受診 3 その他（ ）						
本人負担額	円						
控除額	円						
助成対象額	円						
口座情報	銀行名	銀行・農協・信用金庫					
	支店名	本店・支店・出張所					
	口座番号	普通・当座					
	口座名義人（カタカナ）						