

年 月 日																		
福知山市長 様																		
住 所 福知山市																		
氏 名																		
個人番号																		
電話番号																		
下記のとおり福祉医療費の支給を申請します。																		
福祉医療費受給者										加入医療保険								
負担者番号										保険者番号								
受給者番号										保険者名								
住 所	福知山市									記号・番号								
氏 名										被保険者名								
個人番号										個人番号								
生年月日	年 月 日									種別	1 国一 2 国退 3 他国 4 協会 5 日雇 6 組合 7 船員 8 共済				区分	1 本人 2 家族		
療養に要した費用	円									療養を受けた期間	年 月 日 ~ 同 月 日			実日数	日間			
申請理由	1 府外(取扱外)病院のため 2 証交付前受診のため 3 装具製作者は医療機関ではないため 4 はり・マッサージ等のため 5 その他()																	

この届出書に記載いただいた特定個人情報（行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律（平成25年法律第27号）第2条第8項に規定する特定個人情報をいう。）は、福知山市福祉医療費給付事業に係る事務に利用します。

- 1 申請される方は必ず福祉医療費受給者証・健康保険証・印鑑・預金通帳（本人名義）・個人番号がわかるものを持参してください。
- 2 高額療養費・附加給付金の支給を受けたられる方は、別途証明書を保険者に提出し証明を受けてください。

※下欄は記入しないでください

審査支給決定	総医療費	公費負担額	自己負担額	高額療養費又は療養費	一部負担金	福祉医療支給決定額
	添付書類	1 レセプト写し 2 領収書 3 その他（ ）				薬剤一部負担金
	備考					
	番号確認				実存確認	

