

大学生等安心医療費支給申請書
(償還払分)

年 月 日

和 木 町 長 様

和 木
申請者 和木町 瀬 田 丁目 番 号
関ヶ浜
氏 名
TEL — —

下記のとおり領収書を添えて申請します。

1. 医療費等の領収書に保険点数の記載がある場合は以下に記入してください。

本人記入欄	※福祉医療費受給者証の記載事項をご記入ください。				加入保険名	※健康保険証の記載事項をご記入ください。			
	受給者	記号	番号	※申請時の加入保険と同じなら記入不要。		被保険者			
		生年月日		平成 年 月 日			記号・番号		
		住所						名称	
		和木町							
	氏名								
窓口支払額			円						

2. 領収書に保険点数の記載がない場合は以下に医療機関の証明が必要です。

医療機関等記入欄	年 月 日診療分		氏 名		
	保険診療総点数	点	医科 ・ 歯科 ・ 調剤 ・ その他		
	薬剤一部負担金	円	診療実日数	日	入院・入院外
	年 月 日				
	医療機関		住 所		
		名 称			
		氏 名			
		印			

※和木町記入欄（ここから下には記入しないでください。）

負担割合①	2割・3割	④ (①×③)	円
窓口支払額②	円	付加給付金⑤	円
診療報酬点数③	円	支給決定額⑥	円

※⑥ (②と④を比較して低い金額-⑤)