

様式第6号(第8条の2関係)

福 医療福祉費外来診療自己負担金支給申請書			
公費負担者番号		受給者氏名	
受給者番号		生年月日	年 月 日
被 保 険 者 等 記 号 ・ 番 号		個 人 番 号	
		保 健 種 別	協・組・日・船・共・国・国組・後期
		保 険 者 名	
医 療 機 関 等 の 名 称 又 は 氏 名			
医 療 等 を 受 け た 期 間	年 月 日から 年 月 日まで		
自 己 負 担 金 請 求 額	円		
上記のとおり医療福祉費外来診療自己負担金の支給を申請します。 年 月 日 河 内 町 長 様 申請者 住 所 (受給者又は保護者) 氏 名 個人番号			
(注)1. 添付書類 医療機関等が発行する領収書又は療養費支給証明書及び診療明細書。 2. 振込通知は、改めて通知はいたしませんのでご了承ください。			