

別紙

療養給付費助成願

健康保険の種別		協会・船員・日雇・共済・組合・国組・国保	
健康保険証の記号・番号		— —	
福祉医療 受給者	住所	周南市	
	氏名	年 月 日生	
	福祉医療受給者記号・番号	—	
診療区分	年 月分	入院・入院外	
医療機関・科	科		
診療区分	年 月分	入院・入院外	
医療機関・科	科		
診療区分	年 月分	入院・入院外	
医療機関・科	科		
診療区分	年 月分	入院・入院外	
医療機関・科	科		
診療区分	年 月分	入院・入院外	
医療機関・科	科		
診療区分	年 月分	入院・入院外	
医療機関・科	科		
この保険診療の自己負担分について助成してください。			
令和 年 月 日			
被保険者氏名			

※ この欄は記入しないでください。

※ 支給決定額	(一部負担金 円)	¥
---------	-----------	---