

新規 更新

無料又は低額診療申請書

社会福祉法人 福医会
さいかいクリニック
院長 下窄 正義 様

私 _____ は、私の(続柄) _____ (氏名) _____ の
受診を希望しますが、以下の理由により無料又は低額診療のご承認をお願いいたします。

申請理由	

年 月 日

住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

連絡先 _____

生計報告書

利用者	印	生年月日	大・昭 年 月 日 歳					
住 所				連絡先				
所 得	国民年金	厚生年金	遺族年金	障害年金	他			
家族構成等	家 族 氏 名	続 柄	年 齢	世 帯		職 業 有 無		備 考
				同居	別居	有	無	
				同居	別居	有	無	
				同居	別居	有	無	
				同居	別居	有	無	

- ・申請に必要な書類を添付して提出して下さい。結果は医療費減免通知書で通知いたします。
- ・減免の適応には一定の期間があり、虚偽の申請をした場合全額を返済して頂くことがあります。

監理部長	本部長	在宅支援 事業部長

院長	課長	受付