

無料又は低額診療申請書

社会福祉法人 福医会
理事長 馬場 裕基 様

私 【氏名 _____】
私の【続柄 _____ 氏名 _____】は疾病のため受診を希望しますが、
生活困難につき無料または低額診療のご承認をお願いいたします。

住所 _____

電話 _____

年 _____ 月 _____ 日 申請者氏名 _____

※減免の適応には一定の期間があります。
※申請はできる限り正確に行って下さい。虚偽の報告があれば全額返済していただく
ことがあります。

生計報告書

ふりがな 患者氏名	M・T・S・H 男・女 _____ 年 _____ 月 _____ 日生						
保険種別	社保（本人・家族）・国保（本人・家族）・生保・無保険						
住所 〒 _____	電話 _____						
世帯の構成及び収入状況	氏名	続柄	性別	年齢	職業等	月收入	備考
			男・女				
			男・女				
			男・女				
			男・女				
			男・女				
			男・女				
			男・女				
資産状況	昨年度の総収入		負債状況		前3ヶ月		その他
	不動産				その 他		
	貯金						
生命保険							

新規 継続	※新規・継続
----------	--------

受付印	
-----	--