

福祉医療費支給申請書

年 月 日

本巢市長 様

申請者住所 _____

氏名 _____ (印)
(電話 _____)

受給資格者 (患者名)	受給資格者番号		申請者との続柄	
	氏名			
	生年月日	明 昭 大 平	年 月 日	

年 月中に診療等を受けたので医療費の支給を申請します。

保険医療機関等証明欄			
1 入院	1 国保	1 7割	3 9割
2 入院外	2 社保		
3 訪問看護	3 退職者	2 8割	4 定額
	4 後期高齢者		
診 療 月	年 月 分		
保 険 総 点 数	点		
上記のうち他法公費負担 対象点数 (再掲)	点		
一部負担額 (患者負担額)	円 (点)		
上記金額は、領収済であることを証明する。			
年 月 日	所在地		
	医療機関名	名称	
		開設者名	

10割自費診療の場合には、この証明を書かないでください。

この欄は、医療機関等での証明の前に必ず記入してください。

決 裁				受付	年 月 日
				決定	年 月 日
				支給	年 月 日
支 給 内 訳	総医療費 A	控 除 額 の 内 訳			支 給 決 定 額 A - D
		法定保険給付額 B	附 加 給 付 等 C	控 除 額 の 計 (B + C) D	

支払場所 の 指 定	金 融 機 関 名	名 義 人	口座種別	口座番号
	銀行 金庫 農協	店 (7桁)	普通・当座	