

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 _____ (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				
	個人番号				
	生年月日				
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	2 8割	4 定額		
3 訪問看護	3 退職者				
	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			
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	

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。

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。

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 (ワガナ)	普通 ・ 当座	