

# 福祉医療費支給申請書

(乳幼児等・重度・母子・父子・精神)

令和 年 月 日

瑞浪市長 様

〒 -

|             |                    |
|-------------|--------------------|
| 送金先         | 銀行<br>信用金庫<br>農協組合 |
|             | 本店<br>支店           |
| 口座番号        | 普通<br>No.          |
| フリガナ<br>名義人 |                    |

申請者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

|                    |             |  |             |   |
|--------------------|-------------|--|-------------|---|
| 受給<br>資格者<br>(患者名) | 受給資格者<br>番号 |  | 申請者との<br>続柄 |   |
|                    | 氏名          |  | (生年月日)      | ・ |
|                    | 個人番号        |  |             | ・ |

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 ( 日)               | 1 国保                    | 1 7割 3 9割 5 通院医療費公費負担 |
| 2 入院外 (調・補・歯)           | 2 社保                    | 2 8割 4 定額             |
| 3 訪問看護 ( 日)             | 3 退職者                   |                       |
|                         | 4 後期高齢者                 |                       |
| 診 療 月                   |                         | 年 月 分                 |
| 保 険 総 点 数               |                         | 点<br>円                |
| 上記のうち他法公費負担対象点数 (再掲)    |                         | 点<br>円                |
| 一 部 負 担 額 ( 患 者 負 担 額 ) |                         | 円 ( 点)<br>円           |
| 上記金額は、領収済であることを証明する。    |                         |                       |
| 年 月 日                   | 所在地<br>医療機関名 名称<br>開設者名 | 印                     |

|                  |           |              |                     |                      |                |       |
|------------------|-----------|--------------|---------------------|----------------------|----------------|-------|
| 決<br>裁           | 課 長       | 課長補佐         | 係 長                 | 係                    | 受 付            | 年 月 日 |
|                  |           |              |                     |                      | 決 定            | 年 月 日 |
|                  |           |              |                     |                      | 支 給            | 年 月 日 |
| 支<br>給<br>内<br>訳 | 総医療費<br>A | 控 除 額 の 内 訳  |                     |                      | 支給決定額<br>A - D |       |
|                  |           | 法定保険給付額<br>B | 附 加 給 付 等<br>(公費) C | 控 除 額 の 計<br>(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。

日 件