

福祉医療費支給申請書

(乳幼児等・重度・母子・父子・精神)

年 月 日

瑞浪市長 様

〒 -

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

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) 大・昭・平・令 ・	
	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 円		
上記のうち他法公費負担対象点数 (再掲)		点 円		
一 部 負 担 額 (患 者 負 担 額)		円 (点) 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 医療機関名 名称 開設者名 印		

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。

決 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 給 内 訳	総医療費		控 除 額 の 内 訳			支給決定額 A - D
	A	法定保険給付額 B	附 加 給 付 等 (公費) C	控 除 額 の 計 (B+C) D		

日 件