

福祉医療費支給申請書

年 月 日

郡上市長 様

〒

申請者 住所 _____
 氏名 _____
 (電話 _____)

- 1. 乳幼児 4. 重度
- 2. 小学生 5. 母子
- 3. 中学生 6. 父子

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	年	月	日生

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。
 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		
支 払 い 口 座	金融機関	支店名	名義人(カナ)	口座種別	口座番号	
	普通・当座					

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。