

福祉医療費支給申請書

年 月 日

郡上市長 様

(〒 ー)

住所

申請者 氏名

印

電話番号

受給資格者 (患者名)	受給資格者番号							申請者との続柄
	氏名							1. 乳幼児 4. 重度
	個人番号							2. 小学生 5. 母子
	生年月日	年 月 日生						3. 中学生 6. 父子

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	

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・支店名		口座名義人(か)		口座種別	口座番号	
					普通・当座		