

福祉医療費支給申請書

〇〇年 〇月 〇日

郡上市長 様 〒501-〇〇〇〇

申請者 住所 郡上市〇〇町〇〇番地

氏名 郡上 一郎

(電話 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇)

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

| | | | | |
|----------------|---------|-----------------------|-------------|---|
| 受給資格者 (患者名) | 受給資格者番号 | 〇〇〇〇〇〇〇〇- 〇〇〇〇〇〇〇〇 | 申請者 との続柄 | 子 |
| | 氏名 | 郡上 花子 | | |
| | 生年月日 | R〇年 〇〇月 〇日生 | | |

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 | |
| | 〇〇銀行 | 〇〇支店 | グジョウ タロウ | (普通)・当座 | 0 1 2 3 4 5 | |

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。