

様式第1号（第6条関係）

郡上市高校生等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 ⑤
電話番号 —
受取希望 八・大・白・高・美・明・和

高校生等 (受診者名)	申請者との続柄	
	氏 名	
	生 年 月 日	年 月 日生

下記の通り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 その他	3 その他		
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 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。

※自費診療の場合には、この証明を書かないでください

確認	
----	--

※市が支給要件の審査のために、市備付けの住民基本台帳等の内容を確認することに同意します。