

高校生等福祉医療費助成事業支給申請書

郡上市長 様 (〒 - ) 年 月 日  
 申請者 住所 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_  
 電話番号 \_\_\_\_\_

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

下記のとおり診療等を受けたので医療費の支給を申請します。また、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。

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 <span style="float: right;">印</span>			

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。

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	