

福祉医療費支給申請書

〇〇年 〇月 〇〇日

郡上市長 様

(〒501-〇〇〇〇)

住所 郡上市〇〇町〇〇 〇〇番地〇〇

申請者 氏名 郡上 太朗 (印)

電話番号 0575-〇〇-〇〇〇〇

受給資格者 (患者名)	受給資格者番号	153-〇〇〇〇〇〇〇〇	申請者の続柄	父
	氏名	郡上 花子	1. 乳幼児	4. 重度
	個人番号	000123456789	2. 小学生	5. 母子
	生年月日	〇〇年 〇〇月 〇日生	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		
3.訪問看護			
診	赤字の箇所にご記入、ご捺印をお願いします。		
保 険			
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 (印)

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 〇〇銀行・〇〇支店	口座名義人(カ) グジョウ タロウ	口座種別 普通・当座	口座番号 0123456	