

福祉医療費支給申請書

年 月 日

海津市長 あて

申請者 住所 _____

氏名 _____ 印
(電話 _____)

1 重度障害者 2 母子家庭等 3 父子家庭 4 乳幼児等 県単 市単 該当項目を○で囲む	受 給 資 格 者 (患者名)	受給資格者番号	申請者との続柄
		氏名	
		個人番号	
		生年月日	明 大 昭 平 年 月 日

年 月 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	3 退職者	2 8割	4 定額
	4 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			
医療機関名		所在地	
		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	