

福祉医療費支給申請書

(あて先)
羽島郡岐南町長 宛

年 月 日

申請者 住所
氏名
電話

受給資格者 (患者名)	受給資格者 番 号	申 請 者 との続柄
	ふりがな 氏 名	
	生 年 月 日	生

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 書			
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		
	4 後 期 高 齢	2 8割	4 定額
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			

10割自費診療の場合には、証明を書かないでください。

決 裁				受 付	年 月 日
				決 裁	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	
	円	円	円	円	円

口 座	金 融 機 関 名	口 座 名 義	口 座 種 別	口 座 番 号