

福祉医療費支給申請書					年 月 日
瑞穂市長 様					
申請者					住所 _____
					氏名 _____
					電話番号 () - _____
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	年	月	日生	
	個人番号				
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	2 8割	4 定額		
3 訪問看護	3 退職者				
	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		所在地			
		医療機関名 名称			
		開設者名			
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	
振込金融機関名	銀行 金庫 農協	普通 店 当座	口座 番号	口座名 義人	(フリガナ)

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。

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。