

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 — —)									
受給者 (患者名)	受給資格者番号		—		申請者との続柄				
	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 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				
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。