

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			

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。

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 普通 口座番号	金庫 店 当座		口座名義人	(フリガナ)