

【記入例】

様式第6号(第4条関係)

福祉医療費支給申請書

〇年〇月〇日

瑞穂市長 様

申請者 住所 瑞穂市別府1288番地

氏名 瑞穂 太郎

電話番号 (〇〇〇) 〇〇〇 - 〇〇〇

受給資格者 (患者名)	受給資格者番号	△△△ - □□□□□	申請者との続柄	子
	ふりがな氏名	瑞穂 花子		
	生年月日	〇年〇月〇日生		
	個人番号	〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇		

〇年〇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	〇〇 銀行 金庫 〇〇支店 農協	普通 当座	口座番号 〇〇〇〇〇〇〇〇	口座名 義人	(フリガナ) ミズホ タロウ 瑞穂 太郎

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。