

福祉医療費支給申請書

重度 乳幼児等
母子 父子

年 月 日

山 県 市 長 様

申請者 住所

氏 名 印
(電 話)

受給資格者 (患者名)	受給資格者 番号 氏 名		申請者 との続柄
----------------	--------------------	--	-------------

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 3 退職者	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します。			
年 月 日	所 在 地		
	医 療 機 関 名		
	名 称		
	開 設 者 名		
	印		

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

支払場所 の指定	金融機関名	口座名義	口座種別	口座番号	
	銀行 金庫 店 農協		普通・当座		
決 裁				受付 年 月 日	
				決定 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	