

様式第 6 号(第 4 条関係)

福 祉 医 療 費 支 給 申 請 書									
年 月 日									
山 県 市 長 様									
申請者 住所									
氏名									
(電話)									
受 給 資 格 者 (患者名)	受給資格者 番 号				申 請 者 との続柄				
	氏 名								
	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								
3 訪問看護	3 退 職 者	2 8割 4 定額							
4 後期高齢者	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します。									
年 月 日 所 在 地									
医療機関名									
名 称									
開 設 者 名									
支払場所 の指定		金融機関名		口座名義		口座種別		口座番号	
						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				

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。