

福祉医療費支給申請書

(乳幼児等・重度・母子・父子)

年 月 日

(あて先) 土岐市長

住所 _____

申請者

氏名 _____

(電話番号 _____)

資格者番号	続柄	受給資格者(患者名)

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 5 その他		
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			
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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 医療機関名 所在地 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 名 称 開設者名 </div> <div style="text-align: right; margin-top: 5px;"> 印 </div>				

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。

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。

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	
合計					

振込先 金融機関	金 融 機 関 名	口 座 名 義	口 座 番 号
	・ 支店		普通・当座