

福祉医療費支給申請書

（こども・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 _____）

負担者番号		続柄	受給資格者（患者名）
受給者番号			

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 5 その他
2 入院外	2 社保	2 8割	4 定額
3 訪問看護	3 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>			

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	
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