

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 _____ (印)
(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 | 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 <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 (印) </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 開設者名 </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の証明の用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 |