

福祉医療費支給申請書

関市長様

年 月 日

申請者 住所 関市

氏名

電話番号(携帯)

受給資格者 (患者名)	受給資格者番	申請者との続柄
	氏名	

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 17割 39割
2 入院外	2 社保
3 訪問看護	3 退職者 28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	
所在地 医療機関名 名称 開設者名	

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	付加給付等 C	控除額の計 (B+C) D	
振込先	金融機関名	預貯金種別	口座番号	口座名義人	
	信用金庫 本店 銀行 支店 農協 出張所	普通・当座		フリガナ	
	ゆうちょ銀行	記号	番号	フリガナ	