

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)	負担者番号		申請者との 続柄	
	受給者番号			
	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	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		
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			
医療機関名		所在地 名称 開設者名	

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	普通・当座		フリガナ
	銀行	支店			
農協	出張所				
	ゆうちょ銀行	記号	番号	フリガナ	
			—		