

福祉医療支給申請書 記入例

様式第7号 (第4条関係)

福祉医療費支給申請書

年 月 日

飛驒市長 あて

①

申請者 住 所 _____
 氏 名 _____
 電 話 _____

①
 申請者の住所・氏名・電話番号を記入してください。

②

受給資格者 (患者名)	受給資格者番号	申請者との続柄
	ふりがな氏名	
	生年月日	

②
 欄内を全て記入してください。
 (受給資格者番号が不明な場合は空欄のまま提出してください)

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書

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)
上記金額に... 年 月 日			
医療機関名	名称	開設者名	

10割負担の場合には、この証明を書かないでください

記入不要

③
 振込先の口座情報を記入してください。

決 裁	受付	年 月 日			
	決定	年 月 日			
	支給	年 月 日			
支 給 内 訳	総医療費	控 除 額 の 内 訳			支 給 決 定 額
	A	法定保険給付費 B	附加給付費 C	控除額の計 (B+C) D	

振込先	金融機関名・支店名	口座名義	口座種別	口座番号
			普通・当座	

③