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　　　　あて申請者　住所　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　㊞　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　‐　　‐　　　　 | 　　　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 |
| 　 | 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 | 　 |
| 　　　　　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 | 割負担の場合には、この証明を書かないでください |
| １　入院２　入院外３　訪問看護 | １　国保２　社保３　退職者４後期高齢者 | 　　１　　７割　　　　３　　９割　　２　　８割　　　　４　　定額 |
| 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　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |
| 　 |
| 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Ａ | 控除額の内訳 | 支給決定額Ａ－Ｄ |
| 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 |  |