

福祉医療費支給申請書 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

飛騨市長 あて

住所 飛騨市〇〇〇〇

氏名 飛騨 太郎

電話 0577-**-***

1

申請者の住所、氏名、連絡が取れる電話番号を記入し、押印する。

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

受給資格者受給者証の番号、申請者との続柄、氏名、生年月日を記入する。

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(再掲)		点	
上記金額(再掲)を証明する。			
所在地			
医療機関名		名称	
		開設者名	

記入不要

3

振込希望する口座を記入する。申請者または受給資格者のどちらかの口座を記入してください。

3

決裁	受付	年 月 日		
	決定	年 月 日		
	支給	年 月 日		
支給内容	控除額の内訳			支給決定額
	総医療費 A	法定保険給付費 B	附加給付費 C	
振込先	金融機関名・支店名	口座名義	口座種別 普通・当座	口座番号