

乳・小中・**重**・母・父

福祉医療費支給申請書

医療機関で「保険医療機関等証明欄」を記入してもらう場合は、「受給資格者」欄を先に記入してから証明をもらってください。
 「受給資格者番号」は福祉医療費受給者証に記載されています。

平成 23 年 11 月 △ 日

垂井町 □□□□番地の△

垂井 太郎 **垂井**印 (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。
 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。

受給資格者 (患者名)	受給資格者 番号	□24-12345△78	申請者 との続柄	子
	氏名	垂井 花子		

平成 23 年 10 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		平成 23 年 10 月分	
保険総点		5,000点	
上記のうち他法公費負担対象		0点	
一部負担額 (患者負担)		15,000円 (5,000点)	
上記金額は、領収済であることを証明する。			
平成23年11月 □ 日		所在地 ○○県○○市□□1丁目1番地	
医療機関名		名称 △△病院	
		開設者名 院長 △△ □□ △ 印	

「保険医療機関等証明欄」は、診療を受けた月1ヶ月分について、医療機関で記入してもらってください。
 保険点数が記載された領収書がある場合は、証明は必要ありませんので、その領収書を添付して申請してください。
 申請書は医療機関ごと、月ごとに1枚必要です。

決裁	受付	平成	年	月	日
	決定	平成	年	月	日
支給内訳	こちらは記入しないでください。				
	総医療費 A	法定保険給付額 B	附加給付等 C	控除額の計 (B+C) D	支給決定額 A-D