

乳・小中18 **重**・母・父

医療機関で「保健医療機関等証明欄」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。

医療費支給申請書
○年○月△日

井町□□□番地の△

氏名 垂井 太郎 (電話 △△ー △△△△)		
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
	氏名 垂井 花子	

○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	2 8割	4 定額
3 訪問看護			
診	年 月 分		
保 険	5,000点		
上記のうち他	0点		
(			
一部負担額	15,000円(5,000点)		
上記金額は、	する。		
○年○月△日			
所在地	○○県○○市□□		
医療機関名 名称	△△病院		
開設者名	院長 △△ □□		

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。

- ☐ 前回支給時と同じ金融機関口座への支払を希望。
☐ 初めての申請または、前回登録口座と違う口座を希望のかたは下記に記入してください

支払口座	金融機関名・支店名	口座番号	口座種別	口座名義
	(支店)		普通 当座	

支給内訳	総医療費 A	控 除 額 の 内 訳	支給決定額 A-D
	こちらは記入しないでください。		