

乳・小中18・重・母・父

福祉医療費支給申請書

年 月 日

垂井町長 様

申請者 住所

氏 名 (電話 ー)

受給資格者 (患者名)	受給資格者 番 号		申 請 者 との続柄	
	氏 名			

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 8割 4 定額		
2 入院外	2 社 保			
3 訪問看護	3 退 職 者			
	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				

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
		法定保険給付額 B	附加給付等 C	控除額の計 (B＋C) D	