様式第１５号（第４条関係）

乳・小中18・重・母・父

福祉医療費支給申請書

垂井町長　　様

申請者　住　所

氏　名

受給資格者（患者名）	負担者番号 － 受給者番号	
	氏　名	

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。負担者番号及び受給者番号は、福祉医療受給者証に記載されています。

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 2　入院外 3　訪問看護	1　国保 2　社保 3　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	
上記のうち	
一部負担	点）
上記金額	

年

医療機関名　名称

開設者名

「保険医療機関等証明欄」は、診療を受けた月１か月について、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。

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

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

	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	附加給付等	控除額の計	
支給内訳					

こちらは記入しないでください。