

福祉医療費支給申請書（重度・乳幼児・母子・父子）

年 月 日

川辺町長 様

申請者 住所

氏名

(電話 - -)

受給資格者 (患者名)	受給資格者番号		申請者との続柄	
	氏名	T・S・H 年 月 日生		
	個人番号			

支払場所 の指定	金融機関名		支店名	口座種別
				普通 当座
	フリガナ		口座番号	
	口座名義人			

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	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		
印				

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。

決裁	課長	対策監	課長補佐	回議	担当	受付	年 月 日
						決定	年 月 日
						支給	年 月 日
支給 内訳	総医療費	控除額の内訳			支給決定額		
		法定保険給付額	附加給付等	控除額の計			
	A	B	C	(B+C) D	A - D		

記入例

福祉医療費支給申請書（重度・乳幼児・母子・父子）記入された日をお書きください。
R7 年 1 月 31 日

川辺町長様

申請者住所

川辺町中川辺 1518 番地 4

氏名

川辺 太郎

（電話 0574 - 53 - 2511 ）

※親族以外が申請される場合は、委任状等を提示いただく必要があります。

受給資格者 (患者名)	受給資格者番号	262-12345678	申請者との続柄	本人
	氏名	川辺 太郎		
	個人番号	T・S・H 38 年 12 月 12 日 生 0000 0000 0000 (省略可)		

支払場所 の指定	金融機関名		支店名		口座種別	
	めぐみの農業協同組合		ひすい支店		普通 当座	
	フリガナ	カワベ タロウ	口座番号			
	口座名義人	川辺 太郎	0 0 0 0 7 7 7			

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 退職者 4 後期高齢者 1 7割 2 8割 3 9割 4 定額

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 印

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。

決裁	課長	対策監	課長補佐	回議	担当	受付	年 月 日
						決定	年 月 日
						支給	年 月 日
支給 内訳	控除額の内訳						支給決定額
	総医療費	法定保険給付額	附加給付等	控除額の計			
	A	B	C	(B + C) D		A - D	

(全てコピー可)を揃えて、郵送してください。