

福祉医療費支給申請書

年 月 日

恵那市長様

申請者 住所 _____
 氏名 _____
 電話 - -

受給資格者 (患者名)	受給資格者番号			
	個人番号			
	氏名		申請者との続柄	

年 月中に診療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		
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 ← この証明欄は、医療機関等での証明の前に必ず記入してください。
 ← 10割自費診療の場合は、この証明を書かないでください。

支 給 内 訳	総医療費 A	控 除 の 内 訳			支 給 決 定 額 A - D
		法定保険給付額 B	付加給付等 C	控除額の計 (B + C) D	