

福祉医療費支給申請書

○年○月○日

(あて先)
羽島市長

申請者 { 住所 羽島市竹鼻町55番地
氏名 羽島 太郎

電話 058 - 392 - 1111

受給資格者 (患者名)	受給資格者 番号	000-00000000	申請者 との続柄	
	ふりがな 氏名	はしま はなこ 羽島 花子		
	生年月日	00年00月00日 生		

10割目費診療の場合には、以下の証明を書かないでください。

↓ 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	この部分は 領収書がある場合は記入不要です。	4 定額
3 訪問看護	3 退職者		
	4 後期高齢	2 8割	
保 険 総 点 数		点	
上記のうち他法公費負担対象点数		点	
領収書がない場合のみ、 受診した医療機関に記入を依頼してください。			

上記金額は、領収済みであることを証明する。
(※記入を依頼した場合は料金がかかることがあります。その料金は保険診療分ではないので支給申請の助成対象外となります。)

所在地
医療機関名 名称
開設者名

支払場所 の指定	金融機関名	本・支店名	口座名義人	口座種別	口座番号
	〇〇銀行	〇〇支店	ハシマ タロウ	普通 当座	0123456
決 裁	課長	課長補佐	係長	受 付	年 月 日
					年 月 日
					年 月 日
支 給 内 訳	総医療費 A	控 除			支給決定額 A - D
	円	法定保険給付額 B	附加給付等 C	控除額の計 (B+C) D	
		円	円	円	円

振込先口座が申請者のものではない
場合は委任状が必要となります

※ この支給申請書の「保険医療機関等証明欄」に証明するか、
または、医療機関等の領収書の添付のどちらか一方が必要です。