

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
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
	ふりがな 氏名		
	生年月日	生	

10割自費診療の場合には、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		
3 訪問看護	3 退 職 者	2 8割	4 定額
	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、領収済み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



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	
				普通・当座		
決 裁	課長	課長補佐	係長	係	受 付	年 月 日
					決 裁	年 月 日
					支 給	年 月 日
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		
	円	円	円	円	円	

※ 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。