

福祉医療費支給申請書

(あて先)
羽島市長

年 月 日

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。