

記入例

福祉医療費支給申請書

提出する日を記入

令和〇年 〇月 〇日

中津川市長 様

申請者 住所 **中津川市〇〇町△-□**
 氏名 **中津 太郎**
 (電話 **〇〇〇-△△-〇〇〇〇**)

受給資格者 (患児)	受給資格者番号	81234567-1234567	申請者との続柄	子
	氏名	中津 花子		

受給資格者番号は
公費負担者番号と
受給者番号を
記入してください

振込先金融機関	口座種別	口座名義
※振込先は制度申請時に登録された口座になります		

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	
一部負担金(患者負担金)		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	領収書が添付できない場合に医療機関に証明をいただく欄になります	
	医療機関名		
	開設者名		

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	◆必要な書類
	①マイナ保険証等を提示して診療を受けた場合 領収書(原本)
支給内訳	②急病などでマイナ保険証等の提示なしに診療を受けた場合 加入保険からの療養費支給決定通知書、領収書(コピー可)
	③コルセット等の補装具を作られた場合 加入保険からの療養費支給決定通知書、領収書(コピー可)、医師の意見書(コピー可)