福祉医療費支給申請書

年　　月　　日

中津川市長　　様

申請者　住所

氏名

（電話　　）

受給資格者（患者）	受給資格者番号		申請者との続柄	
	氏名			

振込先金融機関	口座種別	口座名義	口座番号

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 2　入院外 3　訪問看護	1　国保 2　社保 3　退職者 4　後期高齢者	1　7割　　3　9割 2　8割　　4　定額
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

医療機関名

名　　称

開設者名

決裁	課長		係	受付	年　月　日
				決定	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	

この欄は、医療機関等での証明の前に必ず記入してください。

10割自費診療の場合には、この証明を書かないでください。