

福祉医療費支給申請書

重度 こども } 該当に○
 母子等 父子 } をつけて
 下さい

可児市長 様 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	年 月 日	生	

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	
一部負担金 (患者負担額)		円 (点)	
上記金額は、領収済であることを証明する。 年 月 日 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> 所在地 医療機関名 名称 開設者名 </div>			

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。

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

決裁						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			