

記入例

様式第6号（第4条関係）

福祉医療費支給申請書						重度 母子等	子ども 父子	該当に○ をつけて 下さい
可児市長 様						〇〇 年 〇 月 〇 日		
受給資格者の ・受給資格者証の番号 ・申請者との続柄 ・氏名 ・生年月日			申請者 { 住所 可児市広見〇丁目〇番地 氏名 可児太郎 電話 -〇〇 -〇〇〇〇					
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	2 8割		4 定額				
3 訪問看護	3 退 職 者							
	4 後期高齢							
診 療 費 点 数				点				
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)				
*領収書がない場合は、受診した医療機関で証明を受けてください。 但し、証明は保険外文書料として有料になる場合がありますので 確認ください。保険外文書料は、助成対象外となります。								
医療機関名 所在地 名称 開設者名								
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			