

福祉医療費支給申請書

重度 重度こども
母子等 父子 } 該当に○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	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。
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 所在地 医療機関名 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			