

様式第7号(第5条関係)

福祉医療費支給申請書(子ども・重度・母子家庭等・父子家庭)			
年 月 日			
(宛先)各務原市長	申 請 者	住 所	
		氏 名	
		電 話 番 号	
	受給資格者 (患 者 名)	氏 名	
		生 年 月 日	年 月 日
		受給者番号	—
加 入 医 療 保 険		口 座 振 込 先	
被保険者名		金融機関名 支店名 店番	銀行・信金 信組・農協
保 険 者 名			支 店
資格取得年月日			
保険者番号		フリガナ 口座名義	
記号・番号		口座番号	

年 月中に診療等を受けまし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(10割自費診療の場合は、この証明を書かないでください。)			
年 月診療分 (入院・外来)	1 国保 2 社保 3 後期高齢者	1 7 割 2 8 割 3 9 割 4 定額	
入院期間	月 日 から 月 日 ()日間		
保険総点数	点		
上記のうち他法公費負担点数(再掲)	点		
一部負担額(患者負担額)	円 (点)		
上記金額は、領収済みであることを証明する。 年 月 日 医療機関名 所在地 名称 開設者名			

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	付加給付等 C	控除額の計 (B＋C)D	

- 1 太枠を記入し、提出してください。
- 2 保険診療点数の分かる領収書等を添付してください。診療点数の分かる領収書がない場合は、上記保険医療機関等証明欄に医療機関等の証明を受けてから提出してください。
- 3 福祉医療費は、医療機関等で支払う一部負担金と異なり、10円未満の端数について四捨五入を行わないため、支給決定額が一部負担金の額に満たない場合があります。