

福祉医療費支給申請書

令和 年 月 日

(あて先) 笠松町長

★申請者 住所 _____

氏名 _____
(電話 _____)

受給資格者 (患者名)	受給者番号	申請者との続柄
	氏名	(H R . . .)

下記のとおり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
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	
一部負担額(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。			
令和 年 月 日		所在地	
		医療機関名 名称	
		開設者名 印	

※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

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	