

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	(T S 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		
3 訪問看護	3 後期高齢者	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

★欄は医療機関等での証明の前に必ず記入してください

※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	