

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 笠松町司町1 笠松アパート101

氏 名 笠松 一郎
(電 話 090-1111-2222)

受 給 資格者 (患者名)	受給者番号	1234567	申 請 者 との続柄	本人
	氏 名	笠松 一郎 (T S H R 11.2.3)		

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	
この部分は領収書がある場合記入不要です。			
保 険 総 点 数		点	
上記のうち他法公費負担対象点数 (再掲)		点	
領収書がない場合のみ、 受診した医療機関に記入を依頼してください。(点) 一部負担額 (患者負担額) 円 (※記入を依頼した場合は料金がかかることがあります。その料金は支給申請の助成対象外となります。)			
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	控 除 額 の 内 訳				支 給 決 定 額 A - D
	総医療費 A	法定保険給付額 B	附加給付等 C	控除額の計 (B+C) D	
	町記入欄 (記入不要)				