

福祉医療費支給申請書（重度心身障害者）

多治見市長 様

令和 年 月 日

申請者	住所	町 丁目 番地												
	氏名	⑩						電話番号						
受給資格者 (患者)	受給資格者 番号	0	4	-									続柄	
	氏名							生年月日	大昭平令	. .				
保険証の記号番号		—						保険者 番号						

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 2 入院外	1 国 保 2 社 保 3 退職者 4 後期高齢者	1. 7割 2. 8割 3. 9割 4. 定額
診 療 月		年 月分
保 険 総 点 数		点 円
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。 年 月 日 所在地 医療機関名 名称 開設者 ⑩		

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。

支払場所 の 指 定	金融機関名		口座種類	口座番号	口座名義（カタカナ名）
	本店・ 支店		普 通 当 座		
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	付加給付等 C	控除額の計 (B + C) D	

- 〈注意〉 1 住所は郵便物が届くように詳しく書いてください。
2 申請書提出時には、保険証、受給者証、印鑑を持参してください。