

福祉医療費支給申請書(母子家庭等)

令和 年 月 日

多治見市長 様

申請者	住所	町 丁目 番地					
	氏名	Ⓜ			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	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。



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。

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		Ⓜ	

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。