

注意事項・福祉医療費受給者証・身元確認書類を持参してください

・申請書中段に医療機関で証明を取っていただくか、保険点数の分かる領収書を添付してください

様式第7号(第5条関係) 太枠を記入し、提出してください。

福祉医療費支給申請書 (こども・重度・母子家庭等・父子家庭)			
00年00月00日			
(宛先)各務原市長	申請者	住所	各務原市那加桜町〇丁目〇〇番地
		氏名	〇〇 △△
		電話番号	000-000-0000
受給資格者 (患者名)		氏名	〇〇 □△
		生年月日	00年00月00日
		受給者番号	013 — 00000000
加入医療保険		口座振込先	
被保険者名	〇〇 △△	金融機関名	☆☆ 銀行・信金 信組・農協
保険者名	各務原市	支店名	×× 支店
資格取得年月日	〇〇年〇〇月〇〇日	店番	000
保険者番号	210138	ふりがな 口座名義	〇〇 △△ 〇〇 △△
記号・番号	111 1111111	口座番号	0000000

お手元の加入健康保険を見て記入してください

お手元の預金通帳を見て記入してください

00年00月中に診療等を受けましたので、医療費の支給を申請します。

保険医療機関等証明欄 (10割自費診療の場合は、この証明を書かないでください。)			
年 月 診療分 (入院・外来)	1 国保 3 退職者	2 社保 4 後期高齢者	1 7割 4 定額
入院期間	月 日から	月 日	() 日間
保険総点数	点		
上記のうち他法公費負担点数(再掲)	点		
一部負担額(患者負担額)	円(点)		
上記金額は、領収済みであることを証明する。			
年 月 日	所在地	医療機関名	開設者名 印

この欄は医療機関で証明する欄です。保険点数の明記された領収書を添付していただければ、証明は必要ありません。レシートのような金額だけで保険内や保険外など明細の分からない領収書の場合や領収書がない場合等の時には医療機関で証明をもらってください

ください。診療点数の分かる領収書がない場合は、明を受けてから提出してください。

の内訳		支給決定額 A - D
給付等 C	控除額の計 (B + C) D	

この欄は市役所の方で使用しますので何も記入しないでください

申請者	<input type="checkbox"/> 受給資格者 <input type="checkbox"/> 世帯員 <input type="checkbox"/> 代理人	身元確認	<input type="checkbox"/> 写真付1点 (免許証・障害者手帳等) <input type="checkbox"/> 写真無2点 (被保証・年金手帳等) <input type="checkbox"/> その他()	添付書類	<input type="checkbox"/> 診療点数記載領収書
-----	--	------	--	------	------------------------------------