

注意事項 福祉医療費受給者証・本人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、保険点数のわ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 (子ども・重度・母子家庭等・父子家庭)

00年 00月 00日

(宛先) 各務原市長

記入例

お手元の加入医療保険情報がわかるものを見て記入してください

申請者	住所	各務原市 那加桜町〇丁目□□番地
	氏名	〇〇 △△
	電話番号	000-0000-0000
受給資格者(患者名)	氏名	〇〇 □△
	生年月日	00年00月00日
	負担者番号	00000000
	受給者番号	0000000

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	フリガナ	〇〇 △△
記号・番号	111 1111111	口座名義	〇〇 △△
		口座番号	0000000

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 2 社保 3 後期高齢者	1 7割 2 8割 3 9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		
医療機関名		所在地 名称 開設者名

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。
 金額だけで保険内や保険外など明細のわからない領収書の場合や、領収書がない場合には医療機関で証明を依頼してください。

課	控除額の計	支給決定額
C	(B+C) D	A-D

この欄は市役所で使用しますので何も記入しないでください

- 1 太枠を記入し、提出してください。
- 2 保険診療点数の分かる領収書等を添付してください。診療点数の分かる領収書がない場合は、上記保険医療機関等証明欄に医療機関等の証明を受けてから提出してください。
- 3 福祉医療費は、医療機関等で支払う一部負担金と異なり、10円未満の端数について四捨五入を行わないため、支給決定額が一部負担金の額に満たない場合があります。