

福祉医療費支給申請書

年 月 日

(あて先) 高山市長

申請者 住所 高山市

氏名
(電話 — —)

下記のとおり診療等を受けたので、医療費の申請をします。

受給資格者 (受診者)	受給資格者番号	—	加入 保 険	記号・番号	
	氏名			保険者名称	
	生年月日	. .		被保険者氏名	

この欄は、医療機関等での証明の前に記入してください。

保 険 医 療 機 関 等 証 明 欄				
外 来	診療 年月	保 険 総 点 数	左記のうち公費負担 対象点数 (再掲)	本 人 一 部 負 担 額
	.	点	点	円
	.	点	点	円
入 院	診療 年月	保 険 総 点 数	左記のうち公費負担 対象点数 (再掲)	本 人 一 部 負 担 額
	.	点	点	円
	.	点	点	円
1 国 保 2 退職者 3 国保組合 4 協会等 5 後期高齢者		1 本人 2 家族	1 7割 2 8割 3 9割 4 定額	

10割自費診療の場合には、この証明書を書かないでください。

上記診療による一部負担金は、領収済であることを証明します。

年 月 日

医療機関コード

医療機関 所在地

名 称

開設者名

印

受付年月日		支払年月日		助成額	
-------	--	-------	--	-----	--

- ※1 柔整・はり灸マッサージについては「点数」を「円」で記入してください。
- 2 結予34条及び精神公費負担点数は、社保本人・国保及び退職者については公費対象点数1/2を、社保家族に対しては公費対象点数を記入してください。