様式第７号（第４条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 福祉医療費支給申請書  年　　　月　　　日  　飛驒市長　　　　あて  申請者　住所  氏名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　‐　　‐ | | | | | | | | | | | | | | | | | | この欄は、医療機関等での証明の前に必ず記入してください |
|  | | | 受給資格者  （患者名) | | | 受給資格者番号 | | | |  | | 申請者との続柄 | | |  | |  |
| ふりがな  氏名 | | | |  | | | | | | |
| 生年月日 | | | |  | | | | | | |
| 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書 | | | | | | | | | | | | | | | 割負担の場合には、この証明を書かないでください | |
| １　入院  ２　入院外  ３　訪問看護 | | | １　国保  ２　社保  ３　退職者  ４後期高齢者 | | | １　　７割　　　　３　　９割  　　２　　８割　　　　４　　定額 | | | | | | | | |
| 診療月 | | | | | | | 年　　　月分 | | | | | | | |
| 保険総点数 | | | | | | | 点 | | | | | | | |
| 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  　　　　　　　　　　　　　　　開設者名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 決裁 | |  | | | | | | | | | 受付 | | 年　　　月　　　日 | | | | |
| 決定 | | 年　　　月　　　日 | | | | |
| 支給 | | 年　　　月　　　日 | | | | |
| 支給内訳 | | 総医療費  Ａ | | | 控除額の内訳 | | | | | | | | | 支給決定額  Ａ－Ｄ | | | |
| 法定保険給付費  Ｂ | | | | 附加給付費  Ｃ | | 控除額の計  （Ｂ＋Ｃ）　Ｄ | | |
|  | | |  | | | |  | |  | | |  | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込先 | 金融機関名・支店名 | 口座名義 | 口座種別 | 口座番号 |
|  |  | 普通・当座 |  |