

赤枠で囲ってある箇所のみ記入してください。

支払場所 の指定	金融機関名	口座名義	口座種別	口座番号
	本店		普通・当座	
	支店			

第7号様式(第4条関係)

福祉医療費支給申請書

年 月 日

池田町長様

申請者 住所 _____
 氏名 _____ 印 _____
 (電話 _____)

受給資格者 (患者名)	受給資格者 番号	申請者 との続柄
	氏名	

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欄			
1. 入院	1. 国保	1. 7割	3. 9割
2. 入院外	2. 社保	2. 8割	4. 定額
3. 訪問看護	3. 退職者		
	4. 後期高齢者		
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	医療機関名	所在地 名称	印
		開設者名	

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。

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。

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	控除額の内訳			支給決定額
	A	法定保険給付額 B	附加給付等 C	控除額の計 (B+C) D	