

福祉医療費支給申請書（償還払分）

受付印

[重度心身障害者医療・子ども医療・ひとり親家庭等医療 ・重度精神障害者医療]

注

5 4 3 2 1

この申請書は、医療機関等で現金を支払った場合に使用するものです。
上段申請書欄は、申請者が記入してください。
領収書を添付してください。または、中段診療報酬領収証明書欄は、医療機関等で記入してもらってください。なお、「保険給付が行われることを証明する書類」を添付するときは、記入の必要はありません。
公費負担分（結核・精神等）の適用がある場合は、公費負担額欄に再掲してください。
薬剤一部負担金額欄に再掲してください。

受給者	公費負担者番号							加入医療保険 医療機関等	被保険者氏名	
	公費負担医療の受給者番号								記号・番号	
	住所 安芸郡府中町								保険者名(保険者番号) 国保・社保・後期	
	氏名								附加給付の有無・内容 有・無 ()	
	生年月日 大正・昭和 平成・令和 年 月 日								所在地	
	申請額 (支払金額)								円	名称(氏名)
振込先 (申請者)	金融機関名 店舗名	銀行 金庫 組合 店						金融機関コード	支店コード	
	預金種別	1 普通 2 貯蓄	口座番号					口座名義人(カタカナ)		
	上記のとおり申請します。なお、診療報酬等に関して医療機関に照会されることについては承諾します。 令和 年 月 日 府中町長 申請者(受給者本人。ただし、受給者が児童の場合は保護者) 住 所 安芸郡府中町 氏 名 (TEL)									

診療報酬領収証明書									
年 月診療分							氏 名		
	十 万	万	千	百	十	一	医 科 ・ 歯 科 ・ 調 剤 ・ その他		
	保 険 医 療 総 医 療 費						円	入 院 ・ 入院外	
	公 費 負 担 額 (結 核 ・ 精 神 等)						円		
	領 収 額						円	診 療 実 日 数 日	
領収額のうち薬剤一部負担金額 (再掲)						円			
令和 年 月 日 上記のとおり証明します。 医療機関等 所 在 地 名 称 氏 名 (印)									

※保険医療総医療費＝総医療点数×10円をご記入ください。

以下は町使用欄のため記入しないでください。

総 医 療 費	保 険 給 付 額	自 己 負 担 額	支 給 決 定 額	薬剤一部負担金額 (再掲)	負担区分	重障 乳幼児 ひとり 精神
円	円	円	円	円		