

診療報酬明細書 (または領収書添付欄)

医
療
機
関
記
入
欄

受診者名		年	月	診療分
1. 入院				
入院総点数	点	当月入院日数		日
		入院開始日	年	月
		退院日	年	月
2. 外来				
外来総点数	点	受診科	科	受診日数
外来総点数	点	受診科	科	受診日数
3. 高齢者医療確保法による一部負担金				
入院	点	×	割	=
外来	点	×	割	=

上記のとおり証明します。

令和 年 月 日

医療機関名

印

福祉医療費給付金支給申請書

令和 年 月 日

◎該当する番号に○をつけてください。

- 1. 乳幼児・児童
- 2. 障害者
- 3. ひとり親
- 4. 妊産婦

大桑村長 宛

申請者(または保護者)

住所 大桑村大字

名前

印

福祉医療費給付金を次のとおり申請します。

申請者記入欄	受給者氏名		加入医療保険の状況	国保(一般・退職)・後期 建国・政管・協会 組合・共済・その他 記号・番号	
	受給者生年月日	大正・平成 昭和・令和		年	月
	受給資格者証番号				

太線枠内は申請者が必ず記入すること

※村記入欄

支給額 $\left[\quad \right] \times \frac{1}{10} \left[\quad \right] - \left[\quad \right] - \left[\quad \right] - \left[500 \right] = \left[\quad \right] \left[\quad \right]$

総点数 自己負担額 高額療養費 附加給付額 一部負担額 給付額 確認者