

㊦ 医療福祉費支給申請書兼支給決議書					
		課長	課長補佐	係長	担当
公費負担者番号	84080324		受給者氏名	東海 花子	
受給者番号	1234567		生年月日	令和〇年〇〇月〇〇日	
保険者名及び被 保険者等記号・ 番号	1234567 123		保険種別	協会	
			保険者名	全国健康保険協会 〇〇支部	
医療機関等の 所在地及び 名称又は氏名	〇〇〇病院, 〇〇〇薬局				
医療等 の内容	医科・歯科・調剤・柔整・輸血 訪問看護ステーション・コルセット その他()		医療等 を受け た期間	令和〇年〇月〇日から 令和〇年〇月〇日まで	
医療機関等で支払った金額	(医療保険各法の 一部負担の額)				円
上記のとおり医療福祉費の支給を申請します。					
令和〇年〇月〇日		東海村長 様		申請者 (受給者又は 保護者)	〒319-1192 住所 東海村東海三丁目7番1号 氏名 東海 太郎
(注) 1 添付書類 ① 医療機関等が発行する領収書又は療養費支給証明書及び診療明細書又は調剤明細書 ② 高額療養費・附加給付等がある場合は、支給決定通知書の写し又は支給証明書 2 申請者が医療機関等で支払った金額から、外来自己負担額、入院自己負担金額、標準負担額、他法による公費負担額及び高額療養費等を控除した額が支給されます。 3 ※欄は、市町村で記入します。					

※ 支 給 額 内 訳	領収書等の金額		患者負担割合金額			
	円		①	②	③	円
	控除額内訳	他法公費負担額			附加給付額	
		高額療養費			そ の 他	
		入院時自己負担額			外来自己負担金額	
		標準負担額			控除額計 ④	
交付決定額		①+②+③-④				