

決	受付 年 月 日				
	課長	課長補佐	係長	係	係
裁					

支 給 決 定					
総 医 療 費	保険診療一部負担金	自己負担額		支 給 決 定 額	
		附加給付額			
		円			
円	円	円		円	
大村市寡婦・寡男・単婦福祉医療費支給申請書					
大村市長 様					
受給者	記号番号	大	加入保険	世帯主被保険者 組 合 員 氏 名	
	氏 名			記 号 ・ 番 号	
	生年月日	年 月 日		名 称	
診 療 報 酬 証 明					
患者氏名		◎入院及び入院外は、別々に証明をお願いします。			
¥ _____ 円(食事代及び保険診療外負担を除く。)					
入 院					
ただし、 年 月分保険診療一部負担金 _____ として(該当するものを○で囲んでください。)					
入院外					
ご了承ください。)					
保険診療総点数	点	診 療 日 数	日		
他法負担分点数 (結核・精神等)	点	補装具のときの診療・ 医 療 機 関 名	円		
年 月 日					
医療機関等					
所在地(住所)					
名 称					
氏 名					
上記のとおり福祉医療費の支給を申請します。					
年 月 日					
申請者 住 所 大村市					
氏 名					
(本人が手書きしない場合は、記名押印して下さい。)					
TEL					

◎金額及び点数が訂正された申請書は、訂正印があっても受け付けることができません。
◎太線の中は、医療機関で必ず記入して下さい。記入もれ等がある場合は、支給できないことがあります。

- (注)◎高額医療に該当する場合は、高額医療の限度額以下が支給対象になります。
◎診療日の翌月以降に1か月分をまとめて申請して下さい。
◎医療機関ごとに、入院と入院外とに分けて申請して下さい。
◎申請書は郵送及び大村市の出張所においても受け付けますが、記入もれ等がある場合はお返しすることがあります。