

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

大村市子ども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

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

- (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。

◎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。