

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
				日
外来総点数	点	受診科	科	受診日数
				日
3. 高齢者医療確保法による一部負担金				
入院	点	×	割	= 円
外来	点	×	割	= 円

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。

大桑村長宛

1. 乳幼児・児童
2. 障害者
3. ひとり親
4. 妊産婦

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	日
	受給資格者証番号						

※村記入欄

支給額 $\left[\begin{array}{c} \text{総点数} \\ \times \frac{\text{自己負担額}}{10} \end{array} \right] - \left[\begin{array}{c} \text{高額療養費} \end{array} \right] - \left[\begin{array}{c} \text{附加給付額} \end{array} \right] - \left[\begin{array}{c} \text{一部負担額} \end{array} \right] = \left[\begin{array}{c} \text{給付額} \end{array} \right] \left[\begin{array}{c} \text{確認者} \end{array} \right]$