

様式第4号(第7条関係)

富士吉田市長 様										受 付 番 号			
下記のとおり支給されるよう申請します。										申請年月日		年 月 日	
申請者記入欄	申 請 者 (保 護 者)	氏 名					受 給 資 格 証 番 号						
		住 電 話 番 号	()				加 入 保 険	区 分	☐ 国保 ☐ 国保組合 ☐ 共済組合 ☐ 協会けんぽ ☐ 組合健保 ☐ その他()				
	子 ど も	氏 名						被 保 険 者 等 記 号 ・ 番 号					
		生 年 月 日	年 月 日生					保 険 者 名 及 び 番 号	-----				
医療機関等記入欄	年 月 分		入院時 食事療養分	総日数			日	医療機関等の証明 左記の通り相違ないことを証明する。 年 月 日 住所 地 名 称 代表者 印					
	区 分	☐ 入院外 ☐ 歯科 ☐ 薬剤 ☐ 入院 ☐ その他()		標準負担額			円						
				総費用			円						
	窓 口 負 担	☐ 2割 ☐ 3割		訪問看護 療養費	回数							回	
	診 療 報 酬 請 求 点 数				基本利用料							円	
				総費用			円						
公 費 負 担	有()円・無		その他	負担額			円						
市町村記入欄	療養に要した費用額		円 …(A)		付加給付額(高額療養費)		円 …(D)						
	保険者負担額(公費負担含む。)		円 …(B)		入院食事負担額		円 …(E)						
	法定一部負担額(A)－(B)		円 …(C)		保護者負担額		円 …(F)						
					支給申請額 (C)－(D)＋(E)－(F)		円						