

# 福祉医療費支給申請書



長崎市長 様

次のとおり福祉医療費の支給申請をいたします。

- 患者別に、ひと月ごと・医療機関ごとに、この申請書が1枚必要です。
- 申請者（受給者）の個人番号（マイナンバー）の記入が必要ですので、個人番号カードをお持ちください。  
なお、本人確認のため、運転免許証等の身分証明書をご提示いただく場合があります。

※ 年 月 日

|                           |             |                           |    |                     |   |                   |          |          |        |              |
|---------------------------|-------------|---------------------------|----|---------------------|---|-------------------|----------|----------|--------|--------------|
| ※<br>(注1)<br>申請者<br>(受給者) | フリガナ        |                           |    |                     |   | 個人番号              |          |          | 患者との続柄 | 本人           |
|                           | 氏名<br>(受給者) | ④                         |    |                     |   |                   |          |          |        |              |
|                           | 住所          | 長崎市                       | 丁目 | 番地                  | 番 | 電話(自宅)            | —        |          |        |              |
|                           |             |                           | 町  | 番                   | 号 | (勤務先)             | —        |          |        |              |
|                           | 受給者番号       |                           |    |                     |   | 患者(支給対象者)<br>生年月日 |          | 年        | 月      | 日            |
|                           | 加入保険<br>の名称 | 国保・全国健康保険協会<br>その他<br>[ ] |    | 被保険者<br>(世帯主)<br>氏名 |   |                   | 記号       |          |        |              |
| 他の世帯員<br>の受診状況<br>(注2)    | 氏名          |                           |    | 病院名                 |   |                   | 入院<br>外来 | 支払<br>金額 | 円      | 高額医療<br>該当回数 |
|                           | 氏名          |                           |    | 病院名                 |   |                   | 入院<br>外来 | 支払<br>金額 | 円      | 回            |

|                  |                       |        |        |  |                            |      |  |  |  |  |
|------------------|-----------------------|--------|--------|--|----------------------------|------|--|--|--|--|
| と<br>じ<br>し<br>ろ | 診療報酬証明                |        |        |  |                            |      |  |  |  |  |
|                  | 診療月                   | 年 月分   |        |  |                            | 患者氏名 |  |  |  |  |
|                  | 保険診療<br>総点数<br>又は総金額  | 入院     | 点<br>円 |  | 医療機関<br>コード                |      |  |  |  |  |
|                  | 保険診療<br>日数            | 当月入院日数 | 日      |  | 医療取扱機<br>関の所在地<br>名称<br>氏名 |      |  |  |  |  |
|                  | 保険診療<br>に対する<br>一部負担金 | 入院     | 円      |  |                            |      |  |  |  |  |
|                  | 公費負担                  |        |        |  |                            | ④    |  |  |  |  |

|       |    |   |       |   |
|-------|----|---|-------|---|
| 附加給付金 | 入院 | 円 | 自己負担額 | 円 |
|       |    |   | 支給額   | 円 |

- 注 1 ※印の欄は申請者が記入してください。
- 2 他の世帯員の受診状況欄及び高額医療該当回数欄は、今回提出する支給対象者(患者)が21,000円以上支払っている場合のみ記入の必要があります。
- (1) 他の世帯員の受診状況欄は、同月に同じ保険証に入っている世帯員の方が、21,000円以上支払っているとき、その内容を記入してください。
- (2) 高額医療該当回数欄は、支給対象者と同じ保険証に入っている世帯員の方が、過去1年以内に24,600円以上支払った回数を記入してください。
- 3 診療報酬証明は、医療取扱機関において記入してください。
- (1) 公費負担及び付加給付金の欄は、記入しないでください。
- 4 診療報酬証明は、医療機関の発行する領収書により代えることができます。ただし、証明事項(診療年月日、総点数又は総金額、一部負担金の額、患者氏名、医療取扱機関の名称及び印鑑)が記入されたものにかぎります。