

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。なお、市長が福祉医療費の支給のために必要があるときは、私の所得及び控除の状況に関する資料を確認することに同意します。

※ 年 月 日

※ (注1) 申請者 (受給者)	フリガナ							患者(乳幼児)				
	氏名 (保護者)	①						との続柄 父・母				
	住所	長崎市	丁目	番地	番	号	電話(自宅)	—	電話(勤務先)	—		
	受給者番号						患者(乳幼児)氏名		患者(乳幼児)生年月日		年 月 日	
	加入保険の名称	国保・全国健康保険協会 その他 []			被保険者(世帯主)氏名			記号		番号		
	他の世帯員の受診状況(注2)	氏名		病院名		入院外来	支払金額		円	高額医療該当回数		
	氏名		病院名		入院外来	支払金額		円	回			

と じ し ろ	診療報酬証明										
	診療月	年 月 分				患者氏名(乳幼児)					
	保険診療総点数又は総金額	入院		外来		医療機関コード					
	保険診療日数	当月入院日数		当月外来日数		医療取扱機関の所在地名称氏名					
	保険診療に対する一部負担金	入院		外来		氏名					
	公費負担							①			

付加給付金	入院	円	外来	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、1月につき1つの医療機関でのお支払いが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せん。