

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。
例えば、外来で、内科等の医療機関と調剤薬局を受診した場合でも、それぞれ申請書を提出してください。
- 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

※ (注1) 申請者 (受給者)	フリガナ					個人番号				
	氏名 (保護者)	⑩					患者(乳幼児) との続柄 父・母			
	住所	長崎市	丁目	番地	番	号	電話(自宅)	-	(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	点	円	外来	点	円	医療機関 コード		
	保険診療 日数	当月入院日数	日	当月外来日数	日	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	円	外来	円					
	公費負担									

付 加 給 付 金	入院	円	外来	円	自己負担額	円
					支給額	円

- 注
- ※印の欄は申請者が記入してください。
 - 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。
 - 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。
 - 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。
 - 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。
 - 公費負担及び付加給付金の欄は、記入しないでください。
 - 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ります。