福祉医療費支給申請書

【□乳幼児・□こども・□ひとり親（□親・□子）・□寡婦】

年　　月　　日

西海市長　様

　下記のとおり、医療費の支給を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | 住所 |  | | | | | | | | |
| 申請者 | | | | | | | | | | | | | 氏名 |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |  | 支給対象者との続柄：□本人・□（　　　　　　） | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | 電話 | （　　　　　）　　　　　－ | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 支給対象者 | | | 氏名： | | | | | | | | | | | 受給者証 記号・番号： | | | | | | | | |
| 加入保険の異動：　□有・□無　※受給者証に記載の加入保険と現在の加入保険が異なる場合、別途異動届を提出してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 災害共済給付制度の適用：□有・□無 | | | | | | | | | | ※学校・幼稚園及び保育園の管理下で発生した負傷・疾病等に対して、同制度による医療費の給付を受けている場合、福祉医療費の支給はできません。 | | | | | | | | | | | | |
| 診療報酬証明書 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関記入欄 | 診療月 | | | 年　　　　月分 | | | | | | | | | | | | 日ごとの保険診療による一部負担金が、月の上限1,600円を超えるまで記入してください。 | | | | | | |
| 保険診療総点数 | | | 入院 | | 点 | | | 外来調剤 | | |  | | | 点 | 日目 | | | | 点数 | | 一部負担金 |
| 入院日数 | | 日 | | | 外来日数 | | |  | | | 日 | 日目 | | | | 点 | | 円 |
| 保険診療一部負担金 | | | 入院 | | 円 | | | 外来調剤 | | |  | | | 円 | 日目 | | | | 点 | | 円 |
| 公費負担 | | | | | 点 | | | | | | | | | | 日目 | | | | 点 | | 円 |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | 医療機関の所在地名称代表者名 | | | 医療機関コード： | | | |
| ㊞ | | | |
|  | | | | | | | 支給決定 | | | | | | | | | | | ※以下の欄には記載しないでください。 | | | | |
|  | | A 一部負担金 | | | B 附加給付額 | | | | | | C 高額療養医療給付額 | | | | | | D 自己負担額 | | | | E 支給額（A-B-C-D） | |
| 入院 | |  | | |  | | |  | | |  | | | | | |  | | | |  | |
| 外来 | |  | | |  | | |  | | | | | |  | | | |  | |
| 調剤 | |  | | |  | | |  | | | | | |  | | | |  | |
| 計 | |  | | |  | | | 年　 月　 日申請済み | | | | | |  | | | |  | |

注　１　入院については、当該月の入院日数を併せて記入してください。

　　２　外来については、当該月の外来日数を併せて記入してください。

　　３　医療機関の証明については、医療機関の発行する領収書（証明事項の内容が記載されたものに限る。）の添付により、これに代えることができる。