

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 日				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：		
						印		

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。