

福祉医療費支給申請書

(障害・乳幼児・母子・父子・寡婦・子ども)

雲仙市長 様

下記のとおり、医療費の支給を申請します。

令和 年 月 日

※ 申請者・ 受給者	(ふりがな)		患者(支給対象者)との続柄		本人・父・母・その他()			
	氏名		住所					電話
	受給者証 記号番号		患者(支給対象者) 生年月日		明・昭・令 大・平 年 月 日			
	加入保険の 名称		記号番号					
	被保険者		患者氏名 (支給対象者)					
	他の世帯員 の受診状況	氏名	医療 機関名	入院 外来	支払 金額	円		

診療報酬証明書

医 療 機 関	診療月	平成・令和 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 総点検	入院	点	外調 来剤	点		
		入院日数	日	外来日数	日	日	円
	保険診療に 対する一部 負担金	入院	円	外調 来剤	円	日	円
	後期高齢 医療 一部負担金	入院	点	外調 来剤	点	医療機関の 所在地 氏名	医療機関コード
		入院日数	円	外来日数	日		
		入院	円	外調 来剤	円		
公費負担					点	印	

支給決定

	一部負担金 A	高額医療費 B	附加給付額 C	自己負担額 D	支給額 (A-B-C-D)E
入院		課	有		
外来 (薬剤)		非	無		
計					

注1 ※印の欄は申請者が記入すること。

・他の世帯員の受診状況欄は21,000円以上を同月内に支払った者について記入すること。

2 一線枠内は、医療機関において記入すること。

・入院については、当該月の入院日数を併せて記入すること。

・外来については、当該月のほか外来日数を併せて記入すること。

・障害者で高齢者の医療の確保に関する法律の適用者にあつては、「高齢者の医療の確保に関する法律一部負担金」の欄に記入することとし、外来については、当該月の一部負担金額を併せて記入すること。

3 一線枠内の医療機関の証明については、医療機関の発行する領収書(証明事項の記入されたものに限る。)により代えることができる。