様式第7号(第8条関係)

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。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ※　申請者　・　受給者 | (ふりがな)氏名 | 　 | 患者(支給対象者)との続柄 | 本人・父・母・その他(　　　　　) |
| 　 |
| 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 | 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 | 外来調剤 | 点 |
| 　　　　日目　　　点数　　一部負担金額　　　　日目　　　　点　　　　　　　円　　　　日目　　　　点　　　　　　　円　　　　日目　　　　点　　　　　　　円 |
| 入院日数 | 日 | 外来日数 | 日 |
| 保険診療に対する一部負担金 | 入院 | 円 | 外来調剤 | 円 |
| 後期高齢医療一部負担金 | 入院 | 点 | 外来調剤 | 点 | 医療機関の所在地名称氏名 | 医療機関コード |
|   |
| 入院日数 | 円 | 外来日数 | 日 |
| 入院 | 円 | 外来調剤 | 円 |
| 公費負担 | 点 |
| 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　・　非 | 　 | 有　・　無 | 　 | 　 | 　 |
| 外来(薬剤) | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 |
| 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　　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っては、「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　　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。