

## 福祉医療費支給申請書 (記入例)

(障害者・乳幼児・子ども・母・父・子・寡婦)

年 月 日

平戸市長 様

下記のとおり、福祉医療費の支給を申請します。

※ 印かんは必ず押印してください

※ 申請者 ・ 受給者	氏名	平戸太郎 (印)			患者氏名 (児童の場合)	患者が児童の場合記入			
	個人番号				個人番号				
	住所	平戸市 岩の上町 町 1508 番地 3				電話 (22- 4111)			
	受給者証 記号番号	□□□-1234567 ※福祉医療費受給者証に記載			患者(受給者) 生年月日	明治・大正 (昭和) 平成 55年 5月 5日			
	加入保険 の名称	国民健康保険	被保険者	平戸太郎		記号 番号	12-000000		
	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	
	氏名		医療 機関名		入院 外来	支払 金額	円		
高額医療支 払回数	回								

## 診療報酬証明書

医療 機関 記入 欄	診療月	年 月分		患者 氏名	男・女	
	保険診療総 点数	入院点数 点 当月入院 日	外来点数 点 当月外来日数 日			
	保険診療 に対する 負担金	入院 円	外来 円	医療機関の 所在地/名称/医師名		
	老人保健法 による一部 負担金	当月入院日数 日 負担金額 円	当月外来日数 日 負担金額 円 薬剤一部負担金 円	保険点数の入った領収書 または 病院からの証明		
	公費医療 負担金	領収書は、保険点数の入ったもの。レシートでの申請はできません。(同月、同診療機関 ごとの申請となります)				

## 支給決定欄

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