

福祉医療費支給申請書

(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。

※申請者	氏名	印			患者氏名 (児童の場合)			
	個人番号				個人番号			
	住所	平戸市	町	番地	電話 (-)			
	受給者証 記号番号				患者(受給者) 生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日		
	加入保険 の名称	被保険者			記号 番号			
	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	外来点数		点		
		当月入院	日	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		
		薬剤一部負担金	円		円			
高齢者の医療の確 保に関する法律に よる一部負担金	当月入院日数	日	当月外来日数	日			印	
	負担金額	円	負担金額	円				
	薬剤一部負担金	円		円				
公費医療負担金				円				
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		
	円	円		円	円	円		
計	円	円		円	円	円		

- (注) 1 ※印の欄は申請者が記入してください。
- 2 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ものについて記入してください。
- 3 高額医療費支払回数欄は24,600円以上を過去12ヶ月以内に世帯全員で支払った回数を記入してください。
- 4 医療機関記入欄は、医療機関において記入してください。
- 5 障害による高齢者の医療の確保に関する法律適用者にあつては、「高齢者の医療の確保に関する法律による一部負担金」の欄に記入してください。
- 6 更正医療、特定疾病療養等の一部負担金については、「公費医療負担金」の欄に記入してください。
- 7 記名押印又は自筆による署名をしてください。