

福祉医療費支給申請書



長崎市長 様

次のとおり福祉医療費の支給申請をいたします。

- 患者別に、ひと月ごと・医療機関ごとに、この申請書が1枚必要です。
例えば、外来で、内科等の医療機関と調剤薬局を受診した場合でも、それぞれ申請書を提出してください。
- 受給者番号及び患者の健康保険情報の記入が必要ですので、受給者証及び患者の健康保険証をお持ちください。
なお、本人確認のため、運転免許証等の身分証明書をご提示いただく場合があります。

年 月 日

必須	フリガナ			個人番号						
	氏名 (保護者)				患者(対象児童)との続柄 父・母					
	住所	長崎市	丁目	番地	(自宅・携帯・勤務先) 電話番号					
	受給者番号							患者(対象児童)氏名	患者(対象児童)生年月日	年 月 日
	加入保険の名称	国保・全国健康保険協会 その他 []		被保険者(世帯主)氏名		記号	番号			
他の世帯員の受診状況 (注1)	氏名		病院名		入院 外来	支払金額	円	高額医療 該当回数		
	氏名		病院名		入院 外来	支払金額	円	回		

※領収書をご添付いただいた場合は以下の欄は記載不要です。

医療 取 扱 機 関	診療報酬証明 (注2)									
	診療月	年 月分		患者氏名 (乳幼児)						
	保険診療 総点数 又は総金額	入院 点 円	外来 点 円	医療機関 コード						
	保険診療 日数	当月入院日数 日	当月外来日数 日	医療取扱機 関の所在地 名称 氏名						
	保険診療 に対する 一部負担金	入院 円	外来 円							
	公費負担					印				

付加給付金	入院	円	外来	円	自己負担額	円
					支給額	円

注 1 他の世帯員の受診状況欄及び高額医療該当回数欄は、今回提出する支給対象者(患者)が21,000円以上支払っている場合のみ記入の必要があります。

- 他の世帯員の受診状況欄は、同月に同じ保険証に入っている世帯員の方が、21,000円以上支払っているとき、その内容を記入してください。
 - 高額医療該当回数欄は、支給対象者と同じ保険証に入っている世帯員の方が、過去1年以内に24,600円以上支払った回数を記入してください。
- 2 診療報酬証明は、医療取扱機関において記入してください。
- 公費負担及び付加給付金の欄は、記入しないでください。
 - 診療報酬証明は、医療機関の発行する領収書により代えることができます。ただし、証明事項(診療年月日、総点数又は総金額、一部負担金の額、患者氏名、医療取扱機関の名称及び印鑑)が記入されたものにかぎりません。