

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

| | | | | | | | | | |
|--------------|------------------------|---------------------------|----|---------------------|-------------|----------|-----------------|-----------------------|--------------|
| 申請者 (受給者) | フリガナ 氏名 (保護者) | | | 個人番号 | | | 患者との続柄 | 父・母 | |
| | 住所 | 長崎市 | 丁目 | 番地 | (自宅・携帯・勤務先) | | 電話 | - - | |
| | 受給者番号 | | | | | | 患者氏名 (支給対象者) | 患者 (支給対象者) 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 |

※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 (支給対象者) | | | | |
| | 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。

- (1) 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。
- (2) 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。

- (1) 公費負担及び付加給付金の欄は、記入しないでください。
- (2) 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。