

# 福祉医療費支給申請書

高校生

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被保険者番号を記載する必要がありますので、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、運転免許証等の写真付きの身分証明書を添付していただく場合があります。

受給者証の受給者氏名を記載

年 月 日

申請者 (受給者)	フリガナ	ナガサキ	個人番号	患者(対象児童)との続柄	父・母	
	氏名 (保護者)	長崎 太郎	012345678912			
	住所	長崎市 魚の町 ○ 番 ○ 号	番地	(自宅・ <u>携帯</u> ・勤務先)	電話 090-0000-0000	
	受給者番号	1 2 3 4 5 6 7	患者(対象児童)氏名	長崎 花子	患者(対象児童)生年月日	H18年4月1日
	加入保険の名称	国保・ <u>全国健康保険協会</u> その他 [ ]	被保険者(世帯主)氏名	長崎 太郎	記号	0000
他の世帯員の受診状況(注1)	氏名	病院名	入院外来	世帯主と被保険者が異なる場合は被保険者を記載	高額医療該当回数	
	氏名	病院名	入院外来	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	診療報酬証明欄記載不要です。 領収書原本の添付または受診された医療取扱機関様から証明を受けたうえでご申請ください。 またこの福祉医療費支給申請書はコピーによる提出が可能です。必要項目を記載いただいた後、必要数コピーしてご使用ください。			
付加	円	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、同日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、その内容を記載してください。

(2) 高額医療該当回数欄は、100円以上支払った回数を記載してください。郵送の場合で領収書(原本)の返却が必要な場合にご記載ください。

2 診療報酬証明は、医療取扱機関に提出してください。※切手を貼った返信用封筒が必要です。

(1) 公費負担及び付加給付  
(2) 診療報酬証明は、医療機関の窓口で提出することができます。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。

領収書返却希望

こども政策課