

記載例

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。
※申請書は、必須事項を記載いただいた後、必要数コピーして提出可能です。
- 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の資格情報がわかるものをお持ちください。

申請者 (受給者)	フリガナ	ナガサキ タロウ		受給者証の受給者氏名を記載	個人番号	012345678912		受給者のマイナンバーを記載	年 月 日
	氏名 (保護者)	長崎 太郎						との続柄	父・母
	住所	長崎市	丁目	番地	(自宅・ <u>携帯</u> ・勤務先)				
		魚の	町	〇	番	〇	号	電話	090-〇
	受給者番号	1	2	3	4	5	6	7	患者 (対象児童) 氏名
加入保険 の名称	国保・ <u>全国健康保険協会</u>		被保険者等 氏名		長崎 太郎		記号	対象児童の加入健康保険情報は、マイナンバーカードと健康保険情報の紐づけを行っている方はマイナポータルで、それ以外の方は保険者から発行された資格確認書で確認のうえ、転記してください。	
他の世帯員 の受診状況 (注1)	氏名			病院名			入院	円	高額医療 該当回数
	氏名			病院名			円	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)
	<p>・診療報酬証明欄は記載不要です。領収書原本の添付または受診された医療取扱機関から証明を受けたうえでご申請ください。</p> <p>・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。</p> <p>・学校内でのケガなどについて、日本スポーツ振興センターの災害共済給付(スポーツ保険)が適用となり、最終的な自己負担が発生しない場合は、福祉医療費の助成対象とはなりませんのでご注意ください。</p>

付加給付金	入院	外来	自己負担額	円
	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、同月に同じ健康保険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、支給対象者が、21,000円以上支払った回数を記入してください。ただし、世帯員の方が、過去1年以内に24,600円以上支払った場合は、記入不要です。

注2 診療報酬証明は、医療取扱機関に提出してください。

(1) 公費負担及び付加給付金の欄は、医療取扱機関の請求書に基づき記入してください。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、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、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、医療機関の請求書に基づき記入してください。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、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、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。

領収書返却希望

こども政策課