

福祉医療費支給申請書
(障害者・乳幼児・こども・母子・父子・寡婦)

年 月 日

対馬市福祉事務所長 様

下記のとおり、医療費の支給を申請します。

※申請者・受給者	氏名			患者(支給対象者)との続柄			※口座振込	銀行名			
	住所	TEL						本支店名			
	受給者証記号番号			患者(支給対象者)生年月日	年	月		日	口座種類及び番号	普 No.	
	加入保険の名称			被保険者				記番号			
	他の世帯員の受診状況	氏名			医療機関名			入院外来	支金払額	円	
		氏名			医療機関名			入院外来	支金払額	円	
	高額医療支払回数	回									
医療機関	診療報酬証明書										
	診療月	年 月				患者氏名	男・女				
	保険診療	入院	点	外来	点	(支給対象者)					
	総点数	当月入院日数	日	当月外来日数	日	医療機関の所在地 名称 氏名					
	保険診療に対する一部負担金	入院	円	外来	円		薬剤一部負担金				
	後期高齢者医療制度の一部負担金	入院	円	外来	円		薬剤一部負担金				
公費負担(結核・精神)					点						
支給決定											
	一部負担金 A		附加給付額 B		自己負担額 C	支給額(A-B-C)					
入院		有 ・ 無									
外来(薬剤)	-----					-----					
計											

- 注 1 ※印の欄は申請者が記入すること。
 ○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者について記入すること。
 ○高額医療支払回数欄は24,600円以上を過去12箇月に世帯全員に払った回数
- 2 線枠内は、医療機関において記入すること。
 ○入院については、当該月の入院日数を併せて記入すること。
 ○外来については、当該月の外来日数を併せて記入すること。
 ○障害者で後期高齢者医療制度の適用者にあつては、「後期高齢者医療制度の負担金」の欄に記入することとし、外来については、当該月の一部負担金を併せて記入すること。
 ○薬剤一部負担金については、いずれの対象者分もそれぞれの記入箇所に別掲として記入すること。
- 3 線枠内の医療機関の証明については、医療機関の発行する領収書(証明事項の記入されたものに限る。)により代えることができる。