福　祉　医　療　費　支　給　申　請　書

（障害者・乳幼児・子ども・母子・父子・寡婦）

年　　月　　日

　　（宛先）五島市長

　　次のとおり医療費の支給を申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ※申請者 | ふりがな |  | 住　　　　　所 |  |
| 氏名 | 　 |
| 電　話　番　号 |  |
| 受給者証記号番号 | 　　　　　　　　　　第　　　　　　　　号 | 患者（支給対象者）氏　　名生年月日 | 氏名生年月日　　　　　　　　　　年　　月　　日　 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 医　　　療　　　機　　　関 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 診　療　報　酬　証　明　書 |
| 診療月 | 年　　　　　月分 | 患者氏名（支給対象者） | 男女 |
| 保険診療総点数 | 入　院　　　　　　　点当月入院日数　　　　日 | 外　来　　　　　　　点当月外来日数　　　　日 |
| 保険診療に対する一部負担金 | 入　院　　　　　　　円 | 外　来　　　　　　　円薬剤一部負担金円 | 医療機関の所在地名称氏名 | 　 |
| 高齢者の医療の確保に関する法律一部負担金 | 当月入院日数　　　　日円 | 当月外来日数　　　　日外来　　　　　　　　円薬剤一部負担金円 |
| 公費負担（結核・精神） | 　　　　　　　　　　　　　　　　点 |
| 支　　　給　　　決　　　定 |
| 診療月 | 入外 | 医療機関 | 日数 | 一部負担金（Ａ） | 附加給付額（Ｂ） | 自己負担額（Ｃ） | 高額療養費等（Ｄ） | 支　給　額Ａ-Ｂ-Ｃ-Ｄ |
| 　　年　　月 | 　入　外 |  |  |  |  |  |  |  |
| 　　年　　月 | 　入　外 |  |  |  |  |  |  |  |
| 　　年　　月 | 　入　外 |  |  |  |  |  |  |  |
| 　　年　　月 | 　入　外 |  |  |  |  |  |  |  |
| 　　年　　月 | 　入　外 |  |  |  |  |  |  |  |
| 　　年　　月 | 　入　外 |  |  |  |  |  |  |  |
| 　　年　　月 | 　入　外 |  |  |  |  |  |  |  |
| 　　年　　月 | 　入　外 |  |  |  |  |  |  |  |
| 　　年　　月 | 　入　外 |  |  |  |  |  |  |  |
| 　　年　　月 | 　入　外 |  |  |  |  |  |  |  |

備考

１　※印の欄は、申請者が記入すること。

２　太線内は、医療機関において記入すること。

(１)　入院については、当該月の入院日数を合わせて記入すること。

(２)　外来については、当該月の外来日数を合わせて記入すること。

(３)　障害者で後期高齢者医療の被保険者にあっては、高齢者の医療の確保に関する法律一部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額を合わせて記入すること。

(４)　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　太線内及び次葉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。

医療機関等証明書(補助用紙)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 患者氏名 | 　 | 　 |
| 使用した健康保険(○印をして下さい) | 国保 | 健保 | 組合 | 共済 | 退職 | 後期 | 本人家族 |  |
| 診療月 | 区分 | 医・歯の　別 | 入院開始日 | 診療日数 | 公費負担 | 診療点数 | 健康保険適用分の本人支払額 |
| 　　　　年　　月 | 入院外来 | 医科歯科薬剤 | 月　　日 | 日 | 点 | 点 | 円 |
| 　　　　年　　月 | 入院外来 | 医科歯科薬剤 | 月　　日 | 日 |  | 点 | 円 |
| 　　　　年　　月 | 入院外来 | 医科歯科薬剤 | 月　　日 | 日 |  | 点 | 円 |
| 　　　　年　　月 | 入院外来 | 医科歯科薬剤 | 月　　日 | 日 |  | 点 | 円 |
| 　　　　年　　月 | 入院外来 | 医科歯科薬剤 | 月　　日 | 日 |  | 点 | 円 |
| 　　　　年　　月 | 入院外来 | 医科歯科薬剤 | 月　　日 | 日 |  | 点 | 円 |
| 　　　　年　　月 | 入院外来 | 医科歯科薬剤 | 月　　日 | 日 |  | 点 | 円 |
| 　　　　年　　月 | 入院外来 | 医科歯科薬剤 | 月　　日 | 日 |  | 点 | 円 |
| 　　上記のとおり領収したことを証明します。　　　※医療機関の印の無いものや領収金額を訂正したものは無効です。　　　　　　　　年　　月　　日　　　　　　　(医療機関)　　所在地　　　　　　　　　　　　　　名称　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

　福祉医療費の支給申請をされる方へ

　　この用紙は、医療機関等で支払った金額を証明する用紙です。

　　この用紙は、「福祉医療費支給申請書」と一緒に市役所に提出してください。（複数月分の医療費に係る証明を要する場合に限ります。）

　　医療機関等で領収書(患者名、点数、金額及び診療日のわかるもの)が発行される場合、この書類の提出は不要です。