

※この申請書は医療機関毎に1ヶ月分をまとめて提出してください。

記入例

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)

令和 年 月 日

時津町長 様

申請者 住所 時津町浦郷274番地1

(受給者) 氏名 時津 太郎

電話番号 095-882-2211

支給対象者との続柄 (父)

次のとおり、福祉医療費の支給を申請します。

※太線の中を記入してください。

|         |   |           |                  |
|---------|---|-----------|------------------|
| 支給対象者名  | 時津 一郎   | 支給対象者生年月日 | 大正 昭和 平成 20年1月1日 |
| 加入保険の名称 | 国保・社保・後期高齢  | 保険証の番号    | 時津・0000000-00    |
| 保険証発行機関 | 時津町<br>社会保険事務所・健康保険組合・共済組合・国民健康保険・<br>全国健康保険協会( )支部・後期高齢者医療広域連合 | 被保険者名     | 時津 太郎            |

証明書で申請する場合は、医療機関様にご記入ください。

この領収書を添付する場合は、留めてください。

| 診療報酬証明書 ※医療機関において記入  |             |          |  |        |
|----------------------|-------------|----------|--|--------|
| 診療月                  | 平成・令和 4年1月分 |          | 患者氏名<br>(支給対象者)                                |        |
| 保険診療総点               | 入院          | 20,000 点 | 時津 一郎  |        |
|                      | 外来          | 1,000 点  |  |        |
|                      | 入院初日        | 令和4年1月1日 |  | 当月外来日数 |
| 性別                   | 男 女         |          |  |        |
| 保険診療に対する一部負担金        | 入院          | 57,600 円 | 医療機関の所在地                                       |        |
| 高齢者の医療の確保に関する法律一部負担金 | 入院初日        | 年 月 日    | 時津町浦郷000番地<br>時津医院<br>院長 時津 次郎<br>095-000-0000 |        |
| 当月入院日数               | 日           | 当月外来日数   |  | 日      |
| 円                    | 円           | 円        |  | 氏名     |
| 公費負担(結核・精神)          | 点           |          | 電話番号   |        |

時津  
印  
医院

- ※診療報酬証明記入上の注意
- 入院については、当該月の入院日数を併せて記入してください。
  - 外来については、当該月の外来日数を併せて記入してください。
  - 障害者で高齢者の医療の確保に関する法律適用者は「高齢者の医療の確保に関する法律一部負担金」の欄に記入してください。
  - 枠内の医療機関証明については、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ます。

| 支給決定 |         |         |         |              |
|------|---------|---------|---------|--------------|
|      | A 一部負担金 | B 附加給付額 | C 自己負担額 | D 支給額(A-B-C) |
| 入院   | 有       |         |         |              |
| 外来   | ・       |         |         |              |
| (薬剤) | 無       |         |         |              |

※申請書受付時のチェック

- 受付印  押印(医療機関)  受給者証有効期間と診療月との照合  
 診療報酬証明がない場合は領収書  支給対象者の領収書であるかの確認

受付者署名