

※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。

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 郷 番地

(受給者) 氏 名

電話番号 ー

支給対象者との続柄 ()

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。

支給対象者氏名		支給対象者生年月日	大正・昭和 平成・令和 年 月 日
加入保険の名称	国保・社保・後期高齢	保険証の記号番号	
保険証発行機関	社会保険事務所・健康保険組合・共済組合・国民健康保険・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	

診療報酬証明書

※医療機関において記入

診療月	平成・令和 年 月 分	患者氏名	
保険診療総点	入院 点	(支給対象者)	性別 男・女
	外来 点		
	入院初日 年 月 日 当月外来日数 日		
当月入院日数 日			
保険診療に対する一部負担金	入院 円	医療機関の所在地	名称
	外来 円		
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 当月外来日数 日	氏名	電話番号
	当月入院日数 日 円		
公費負担(結核・精神)	点		印

※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
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