

様式第7号(第7条関係)

福祉医療費支給申請書

(乳児・幼児・障害1・2級・障害3級・障害老保・母子の母・母子の子・寡婦・療育)

吉岐市長様

下記のとおり医療費の支給を申請をいたします。

平成 年 月 日

なお、この申請書に係る税、国保、老保に関する資料及び
住民基本台帳(本人及びその世帯)を確認することに同意します。

申請者	氏名	印		患者(支給対象者)との続柄		
	住所	長崎県吉岐市			電話	
	受給者証記号番号			患者(支給対象者)生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日	
	加入保険の名称	被保険者		記号番号		
	事業所名			高額医療支払回数	回	
	給者	他の世帯員	氏名	医療機関名	入院外来	支払金額
の受診状況		氏名	医療機関名	入院外来	支払金額	円
医療機関	診療報酬証明書					
	診療月	年 月分		患者氏名	男・女	
	保険診療総点数	入院 当月入院日数	点 日	外来 当月外来日数	点 日	(支給対象者)
	保険診療に対する一部負担金	入院	円	外来 薬剤一部負担金	円	医療機関の所在地 名称 氏名 印
	老人保健法一部負担金	当月入院日数	日 円	当月外来日数	日 円	調剤薬局については処方箋が出された病院名を記入してください。 ()
	公費負担(結核・精神)	点				
支給決定						
	一部負担金 A	付加給付額 B		自己負担額 C	支払額(A - B - C) D	
入院		有				
外来(薬剤)			無			
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。

高額療養費支払回数欄は24,600円以上を過去12ヶ月に世帯全員で支払った回数。

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あわせて記入すること。

外来については、当該月の外来日数をあわせて記入すること。

障害者で老人保健法適用者にあつては、「老人保健法一部負担金」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を併せて記入すること。

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。