

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)

壱岐市長様

下記のとおり医療費の支給を申請をいたします。

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 ・ 受 給 者	氏名	印		患者(支給対象者)との続柄					
	住所	長崎県壱岐市							
	電話番号	電話							
	受給者証 記号番号			患者(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		被保険者		記号 番号				
	事業所名			高額医療 支払回数	回				
	他の世帯員 の受診状況	氏名		医療 機関名		入院 外来	支払 金額	円	
	氏名		医療 機関名		入院 外来	支払 金額	円		
医 療 機 関 関 連	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 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。 ()		
	老人 保険法 一部 負担金	当月入院日数	日 円	当月外来日数	日 円				
	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 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。