

様式第7号 (第8条関係)

福祉医療費支給申請書

東彼杵町長 様		別添領収書(裏面医療機関等証明書)のとおり医療費を支払ったので福祉医療費の支給を申請します。		令和 年 月 日		(申請者) 住所 東彼杵町 郷 番地		氏名 (印) (電話 — —)		受付印	
受給者証	記号	障1 障3 障A 障B 障単 乳 学 母 父 子 寡	保険証の 被保険者氏名								
	番号		保険証の 記号・番号			記号		番号			
診療を受けた 人の氏名 及び生年月日		(フリガナ) ----- T S H R 年 月 日			保険証 発行機関名		1 社会保険事務所 2 国民健康保険 3 共済組合 4 健康保険組合 5 船員保険 6 私学共済 7 後期高齢者医療広域連合 8 全国健康保険協会				
<input type="checkbox"/> 本申請は、認定こども園や学校等へ申請するスポーツ振興センターの災害共済給付対象となりません。(チェックをお願いします)											

福祉医療の申請をされる方へ

この用紙(医療機関等毎に提出して下さい)と、医療機関等の領収書(患者名、点数、金額、診療日のわかるもの)と一緒に提出して下さい。

なお、提出は、原則として同一医療機関等につき1月1回しか出来ませんので、1月分をまとめて提出して下さい。(この用紙1枚で最高3月分まで提出が可能です)

また、領収書の紛失や領収書で患者名、点数等が確認できない場合は、裏面の「医療機関等証明書」に病院・薬局等で支払い金額の証明を受けて提出して下さい。

※計算欄(この欄は記入しないで下さい)

医療機関名		医療機関番号				—					
診療月	入外	診療区分	日数	総点数	一部負担金	高額給付額 附加給付額	自己 負担額	支給額			
H R 年 月	外来	医 歯 調					800 1,600				
	入院	医 歯 調					800 1,600				
H R 年 月	外来	医 歯 調					800 1,600				
	入院	医 歯 調					800 1,600				
H R 年 月	外来	医 歯 調					800 1,600				
	入院	医 歯 調					800 1,600				

(裏面)

医療機関等証明書

患者氏名								
使用した健康保険 (〇印をして下さい)		国保	社保	組合	共済	退職	後期	本人 家族
診療月	区分	医科・歯科 調剤の別	入院 開始日	診日	療 数	診療点数	健康保険適用分の本人支払額	
						差額室料、健康診断、容器代等の自費及び 入院中の食費(本人負担分)は含みません。		
年 月	外来	医 科 歯 科 調 剤	/		日	点	円	
	入院	医 科 歯 科 調 剤	月 日		日	点	円	
年 月	外来	医 科 歯 科 調 剤	/		日	点	円	
	入院	医 科 歯 科 調 剤	月 日		日	点	円	
年 月	外来	医 科 歯 科 調 剤	/		日	点	円	
	入院	医 科 歯 科 調 剤	月 日		日	点	円	

※ 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。
※ 証明時、空欄は斜線を引いて下さい。

上記のとおり領収したことを証明します。

令和 年 月 日
(医療機関) 所在地
名称
開設者

医療機関番号									
		-							

福祉医療の申請をされる方へ

この証明書は、医療機関等で支払った金額を証明する用紙です。

医療機関等で発行された領収書(患者名、点数、金額、診療日のわかるもの)を使って申請する場合、この証明は不要です。