

(様式第9号)

福祉医療費支給申請書

※毎月十日までに提出された分は二十八日に支給します。高額医療費該当の場合は診療月の三か月後の支給になります。

※後期高齢者医療該当者は3ヶ月後の支給になります。

川棚町長 様

別添領収書（医療機関等証明書）のとおり医療費を支払いましたので福祉医療費の支給を申請します。

年 月 日

申請者氏名 _____ (印) (電話 _____)

受給資格者証	区分	障害（1級・2級・3級 精神1級・A1・A2・B1・B2） 乳幼児 子ども 母子 父子 寡婦	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		(フリガナ)	保険証 発行機関	1 全国健康保険協会 2 国民健康保険 3 () 共済組合 4 私学共済 5 () 健保組合 6 船員保険 7 後期高齢 8 その他()	
生年月日		M・T・S・H・R 年 月 日			

福祉医療の申請をされる方へ

<太枠内に記入してください>

この用紙（1ヶ月分ごとに1枚）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）を一緒に提出してください。1か月分のうち複数の病院にかかった場合、2ヶ所目の病院から別紙「領収書貼付用紙」に添付して提出してください。

提出は、原則として同一医療機関等につき1月1回しかできません。

領収書を紛失された場合は、下記の「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ください。

医療機関等証明書

領収書貼付場所

診察点数等が確認できる領収書をのりづけしてください

患者氏名						
使用した健康保険(○をつける)			・国保・社保・組合・共済・退職・後期高齢 ・全国健康保険協会		・本人 ・家族	
診療月	区分	区別	入院 開始日	診療 日数	診療点数	健康保険適用分本人支払額
					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	月 日	日	点	円
	入院	・ 医科 ・ 歯科 ・ 調剤		日	点	円
<p>※医療機関の印の無いものや領収書金額を訂正したものは無効です。</p> <p>上記のとおり領収したことを証明します。</p> <p>年 月 日</p> <p>(医療機関) 所在地</p> <p>名称・氏名 (印)</p>						

※2ヶ所以上の医療機関で診療された場合、別紙「領収書貼付用紙(福祉医療)」を提出。

※毎月十日までに提出された分は二十八日に支給します。高額医療費該当の場合は診療月の三か月後の支給になります。

※後期高齢者医療該当者は3ヶ月後の支給になります。

医療機関等証明書

領収書貼付場所
診察点数等が確認できる領収書をのりづけしてください

患者氏名						
使用した健康保険(○をつける)		<input type="checkbox"/> 国保・ <input type="checkbox"/> 社保・ <input type="checkbox"/> 組合・ <input type="checkbox"/> 共済・ <input type="checkbox"/> 退職・ <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会			<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	
診療月	区分	区別	入院 開始日	診療 日数	診療点数	健康保険適用分本人支払額
					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	<input type="checkbox"/> 医科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 調剤	/	日	点	円
	入院	<input type="checkbox"/> 医科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 調剤	月 日	日	点	円
※医療機関の印の無いものや領収書金額を訂正したものは無効です。 上記のとおり領収したことを証明します。 年 月 日 (医療機関) 所在地 名称・氏名 ㊟						

領収書貼付場所
診察点数等が確認できる領収書をのりづけしてください

医療機関等証明書

患者氏名						
使用した健康保険(○をつける)		<input type="checkbox"/> 国保・ <input type="checkbox"/> 社保・ <input type="checkbox"/> 組合・ <input type="checkbox"/> 共済・ <input type="checkbox"/> 退職・ <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会			<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	
診療月	区分	区別	入院 開始日	診療 日数	診療点数	健康保険適用分本人支払額
					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	<input type="checkbox"/> 医科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 調剤	/	日	点	円
	入院	<input type="checkbox"/> 医科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 調剤	月 日	日	点	円
※医療機関の印の無いものや領収書金額を訂正したものは無効です。 上記のとおり領収したことを証明します。 年 月 日 (医療機関) 所在地 名称・氏名 ㊟						