

福祉医療費支給申請書



長崎市長 様

次のとおり福祉医療費の支給申請をいたします。

- 患者別に、ひと月ごと・医療機関ごとに、この申請書が 1 枚必要です。
- 受給者番号及び患者の健康保険情報の記入が必要ですので、受給者証及び患者の健康保険証をお持ちください。
なお、本人確認のため、運転免許証等の身分証明書をご提示いただく場合があります。

年 月 日

必須

申請者 (受給者)	フリガナ					個人番号					患者との続柄	本人
	氏名 (受給者)											
	住所	長崎市	丁目	番地	番号	(自宅・携帯・勤務先) 電話						
	受給者番号						患者(支給対象者) 生年月日	年 月 日				
	加入保険 の名称	国保・全国健康保険協会 その他 []				被保険者 (世帯主) 氏名			記号 番号			
	他の世帯員 の受診状況 (注 1)	氏名			病院名			入院 外来	支払 金額	円	高額医療 該当回数	
	氏名			病院名			入院 外来	支払 金額	円	回		

※領収書をご添付いただいた場合は以下の欄は記載不要です。

医療 取 扱 機 関	診療報酬証明 (注 2)									
	診療月	年 月 分				患者氏名				
	保険診療 総点数 又は総金額	入院 点 円				医療機関 コード				
	保険診療 日数	当月入院日数 日				医療取扱機 関の所在地 名称 氏名	印			
	保険診療 に対する 一部負担金	円								
	公費負担									

附加給付金	入院	円	自己負担額	円
			支給額	円

注 1 他の世帯員の受診状況欄及び高額医療該当回数欄は、今回提出する支給対象者(患者)が 21,000 円以上支払っている場合のみ記入の必要があります。

(1) 他の世帯員の受診状況欄は、同月に同じ保険証に入っている世帯員の方が、21,000 円以上支払っているとき、その内容を記入してください。

(2) 高額医療該当回数欄は、支給対象者と同じ保険証に入っている世帯員の方が、過去 1 年以内に 24,600 円以上支払った回数を記入してください。

2 診療報酬証明は、医療取扱機関において記入してください。

(1) 公費負担及び附加給付金の欄は、記入しないでください。

(2) 診療報酬証明は、医療機関の発行する領収書により代えることができます。ただし、証明事項（診療年月日、総点数又は総金額、一部負担金の額、患者氏名、医療取扱機関の名称及び印鑑）が記入されたものにかぎり