

(様式第7号)

福祉医療費支給申請書
(障害・乳幼・小中・母・父・子・寡婦)

年 月 日

島原市長 様

下記のとおり、医療費の支給を申請します。

※申請者・受給者	氏名	Ⓜ			患者(支給対象者)との続柄						
	住所				電話						
	受給者証記号番号				患者(支給対象者)生年月日	年	月	日			
	加入保険の名称			記号番号			患者氏名(支給対象者)				
	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	
医療機関	診療報酬証明書										
	年 月分					日ごとの保険診療による一部負担金が月の上限1,600円を超えるまで記入してください。					
	保険診療総点数	入院	点	外来調剤	点	日目	点数	一部負担金額	円		
		入院日数	日	外来日数	日	日目	点	円			
	保険診療に対する一部負担金	入院	円	外来調剤	円	日目	点	円			
		入院	円	外来調剤	円	日目	点	円			
	高齢者の医療の確保に関する法律一部負担金	入院	点	外来調剤	点	医療機関の所在地 氏名	医療機関コード				
		入院日数	日	外来日数	日						
		入院	円	外来調剤	円						
	公費負担	点									Ⓜ
支給決定											
	一部負担金(A)	高額医療費(B)		附加給付額(C)		自己負担額(D)		支給額(A-B-C-D)		額(E)	
入院											
外来		課・非		有・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。
- 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併せて記入すること。
・外来については、当該月のほか外来日数を併せて記入すること。
・障害者で高齢者の医療の確保に関する法律の適用者にあつては、「高齢者の医療の確保に関する法律一部負担金」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額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。