

福祉医療費支給申請書

島原市長 様

(障害者・乳幼児・母子・父子・寡婦)

年 月 日

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	印		患者(支給対象者)との続柄		
	住所	電話				
	受給者証 記号番号	身障1-		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
診 療 報 酬 明 細 書						
平成 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。			
医 療	保険診療 総点数	入院	点	外来 調剤	点	
		入院日数	日	外来日数	日	
機 関	保険診療に 対する一部 負担金	入院	円	外来 調剤	円	
		入院	円	外来 調剤	円	
機 関	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	
		入院日数	日	外来日数	日	
公費負担		入院	円	外来 調剤	円	
			医療機関コード			
			医療機関 の所在地 名 称 氏 名			
			印			
支 給 決 定 額						
	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 (E) (A-B-C-D)
入 院		課 ・ 非		有 ・ 無		
外 来						
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もの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。