

福祉医療費支給申請書（障）

福祉医療費支給申請書（障）														4	3	2	6				
受給者	受給者証番号								被保険者	被保険者氏名											
	住 所		□申請者に同じ 長岡京市							保 險 者 名 (保険者番号)											
	氏 名		申請者との続柄 ()							記 号 ・ 番 号											
	生 年 月 日		□昭和 □平成 □令和							種 類		国 ・ 組 ・ 協 ・ 共 ・ 政 ・ 船									
下記診療報告書により、福祉医療費の助成を申請します。																					
申請者 住 所 長岡京市 令和 年 月 日 氏 名 長岡京市長 様 電 話																					
支給方法 金融機関振込払																					
金融機関名										支店名				口座名義							
□銀行 □信用金庫 □農協 □労金										□本店 □支店 □出張所				漢字							
預金種類		□普通 □当座		口座番号								カナ									
医療機関等記入欄	診療報告書(総医療点数は保険診療適用分についてのみ記入してください。)																				
	診療月		□平成 年 月 □令和				受 療 者 氏 名														
	医 療 区 分		1 医科 3 歯科 4 調剤 5 療養費 装具				入院 入院外 の別		1 入院 2 入院外		診 療 実 日 数										
	総医療点数		点		他 法 負 担		(点 円)		自己負担額 (領収額)		円										
	年 月 日 上記のとおり報告します。				所 在 地																
					名 称																
※決定	国保 社保		自己負担額 ①				高額療養費 ②				附加給付額 ③				公費負担額 ④						
	1割 2割 3割		円				円				円				円						
	医療を受けた期間		□平成 年 月 日から □令和 年 月 日まで				支給決定額 ①－②－③－④				円										
					申 請 者 受給者 持参書類 申請者		□受給者証 □健康保険証 □免許証 □マイナンバーカード □健康保険証 □他()										審 査				
(注)○この申請書は、医療機関で現金を支払った場合に提出するものです。 太線の中の該当するところに○を、□にはレ印を記載してください。※欄は記入しないでください。 ○診療報告書欄は、医療機関等で記入してもらってください。 (医療機関等記入欄をみたます内容の明細書がある場合は、不要です。)																					