

# 福祉医療費支給申請書（親）

4 4 2 6

受給者	受給者証番号	7 6 5 4 3 2 1	被保険者	被保険者氏名	長岡 京子
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ 長岡京市		保険者名 (保険者番号)	〇〇〇健康保険組合
	氏名	長岡 太郎 申請者との続柄 (子)		記号・番号	〇〇 〇〇〇
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 〇年 〇〇月 〇〇日 <input type="checkbox"/> 令和		種類	国・ <b>組</b> ・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。

令和 〇年 〇〇月 〇〇日 申請者 住所 長岡京市 開田1-1-1  
氏名 長岡 京子  
長岡京市長 様 電話 951-2121

支給方法	金融機関振込払	
金融機関名	支店名	口座名義
<input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 労金	〇〇 <input type="checkbox"/> 本店 <input checked="" type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所	漢字 長岡 京子
預金種類	口座番号	カナ
<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	1 1 1 1 1 1 1 1	ナガオカ キョウコ

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	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 <input type="checkbox"/> 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	開設者氏名

※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	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日から <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日まで	支給決定額 ①-②-③-④		円
申請者 受給者 <input type="checkbox"/> 受給者証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 持参書類 申請者 <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 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内容の明細書がある場合は、不要です。)