

福祉医療費支給申請書（障）

										4	3	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 太郎				
	住 所	☒ 申請者に同じ 長岡京市							保 險 者 名 (保険者番号)		〇〇〇健康保険組合						
									記 号・番 号		〇〇 〇〇〇						
	氏 名	長岡 太郎							申請者との続柄 (本人)								
生 年 月 日	☒ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和		〇〇年		〇〇月		〇〇日		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。																	
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 太郎																	
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																	
〇〇 〇〇 漢字 長岡 太郎																	
☒ 銀行 ☐ 信用金庫 ☐ 農協 ☐ 労金 ☐ 本店 ☒ 支店 ☐ 出張所																	
預金種類 ☒ 普通 ☐ 当座 口座番号 1 1 1 1 1 1 1 1 カナ ナガオカ タロウ																	
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 ☐ 令和		年 月		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		日						
	総医療点数		点		他 法 負 担		(点 円)		自己負担額 (領収額)		円						
	年 月 日		所 在 地		名 称		開 設 者 氏 名		印								
※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 ☐ 令和		年 月 日から 年 月 日まで		支給決定額 ①-②-③-④		円								
			申請者 受給者 ☐ 受給者証 ☐ 健康保険証 持参書類 申請者 ☐ 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。)																	