

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								
	氏 名	申請者との続柄 ()						保 険 者 名 (保険者番号)		
	生 年 月 日	□昭和 □平成 □令和	年	月	日			記 号・番 号		
						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

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。)										
医療機関等記入欄	診療月	□平成 年 月 □令和	受療者 氏名							
	医療区分	1 医科 4 調剤	3 歯科 5 療養費 装具	入院 入院外	の別	1 入院 2 入院外	診 実 日	療 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			所 在 地						
	上記のとおり報告します。			名 称						
	開設者 氏名									

※ 決 定	国保 社保	自己負担額 Ⓐ	高額療養費 Ⓑ	附加給付額 Ⓒ	公費負担額 Ⓓ
	1割 2割 3割	円	円	円	円
	医療を 受けた期間	□平成 年 月 □令和 年 月	日から 日まで	支給決定額 Ⓐ-Ⓑ-Ⓒ-Ⓓ	円
		申請者 持参書類	受給者 申請者	□受給者証 □免許証 □他()	□健康保険関係書類 □マイナンバーカード

(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す内容の明細書がある場合は、不要です。)