

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 ( )															
	生 年 月 日	□昭和 □平成 年 月 日 □令和							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。																	
令和 年 月 日 申請者 住 所 長岡京市																	
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 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					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 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 □健康保険関係書類 □免許証 □マイナンバーカード □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。)																	