

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							保険者名 (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)		種類						国 組・協・共・政・船					
生年月日	☒ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和		〇〇年		〇〇月		〇〇日															
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 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 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 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 ☐ 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 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		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。)																						