

福祉医療費支給申請書（親）

4 4 2 6

受給者	受給者証番号		被保険者	被保険者氏名	
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 長岡京市		保険者名 (保険者番号)	
	氏名	申請者との続柄 ()		記号・番号	
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		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
<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 労金	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所
口座名義	漢字
預金種類	カナ
<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号

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 <input type="checkbox"/> 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
	総医療点数	点	他法負担	(円)	自己負担額 (領収額)	円
	年 月 日	所在地	名称	開設者氏名		⑩

※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 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 受給者証 <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 他()	<input type="checkbox"/> 健康保険関係書類 <input type="checkbox"/> 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内容の明細書がある場合は、不要です。)