

## 福祉医療費支給申請書

<p><b>受給者</b></p> <p>(昭和・平成・令和 年 月 日 生まれ)</p> <p>上記の福祉医療費受給者について、医療費の支給を下記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center;">川西市長 あて</p>	振込口座	新規登録      登録済      登録変更				
		銀行名	銀行 信用金庫 農協	支店名		
		口座番号		(フリガナ)		
		預金種別	普通 当座 貯蓄	名義		
		住所				
		氏名				
		電話	(      )      -			

- |      |   |  |
|------|---|--|
| 添付書類 | 1 | 医療機関発行の領収書(患者氏名、保険点数、診療年月日、医療機関名等の記載のあるもの) |
|      | 2 | 医療保険が療養費払いの場合には、療養費支給証明書                   |
|      | 3 | 高額療養費、家族療養付加金等がある場合には、高額療養費・付加給付等支給決定通知    |

公費番号	負担区分	保険
41高齢期移行 80(81)乳幼児 47(48)こども 85母子 82身障 43精神 58高重 68高重精神	高齢期移行      ②2般 ③2低 ④1低 ⑦経過 ⑧2Ⅱ ⑨2Ⅰ 高齢期移行以外    ②一般 ⑤低 ⑧無料 ⑨中度 ⑦経過 こども      ⑥こども2割 ⑦こども1割 ⑧こども無料	①国 ②国組 ③協会けんぽ(政管) ④日雇 ⑤健保 ⑥船員 ⑦共済 ⑧後期

公費番号		負担区分	受給者番号								保険	受付日						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17		

国保高額	該当	貸付済 (現物)	非該当	国保被保険者番号				社保 高額 付加	支給済 (現物)	非該当	企業	18	19

区分      種類別      ※自己負担なしの場合、市負担の区分を選択

①入院    ②外来一般    ①一般    ②補装具    ③柔整  
③歯科    ④調剤    ⑥訪問    ④アンマ    ⑤ハリ灸    ⑦移送

超過	一般	低
----	----	---

期間1	年		月			日数		区分	種類別	総点数					自己負担					市負担					決定金額								
	20	21	22	23	24	25	26			27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50

期間2	年		月			日数		区分	種類別	総点数					自己負担					市負担					決定金額								
	53	54	55	56	57	58	59			60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83

期間3	年		月			日数		区分	種類別	総点数					自己負担					市負担					決定金額								
	86	87	88	89	90	91	92			93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116

決定額計 \_\_\_\_\_

	受付
--	----