

福祉医療費支給申請書

受付No. _____

記入例

受給者	川西 小太郎										新規登録		登録済		登録変更		
	(昭和・平成・令和) ■■■年 ○ 月 ○ 日生まれ)										振込口座	銀行		信用金庫		支店名	
	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。											川西		農協		中央	
	川西市長 あて										口座番号		1234567				
<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; background-color: yellow;"> 【医療費の支給申請に必要なもの】 ①医療機関(病院や薬局)発行の領収証の原本 ②受給者証③健康保険証④銀行等の口座番号 ※健康保険で支給が受けれるものに関しては先に手続きを完了していただき、上記のものに加えて「支給済証明書」等を提出ください。 </div>										預金種別	普通		(フリガナ) カワニシ ハナコ				
川西市中央町12番1号											当座		名義				
川西市中央町12番1号										貯蓄		川西 花子					
住所										申請者		川西 花子					
氏名										電話		(072) 〇〇〇 - ××××					
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		高齢期移行		②2般 ③2低 ④1低		⑦経過 ⑧2Ⅱ ⑨2Ⅰ		①国 ②国組 ③協会けんぽ(政管)		④日雇 ⑤健保 ⑥船員							
47(48)子ども 85母子 82身障		高齢期移行以外		②一般 ⑤低 ⑧無料 ⑨中度 ⑦経過				④日雇 ⑤健保 ⑥船員									
43精神 58高重 68高重精神		子ども		⑥子ども2割 ⑦子ども1割 ⑧子ども無料				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		
				7	6	5	4	3	2	1									

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
												超過 一般 低	

区分 ①入院 ②外来一般 ③歯科 ④調剤 ⑥訪問 ⑦移送

種類別 ①一般 ②補装具 ③柔整 ④アンマ ⑤ハリ灸 ⑦移送

※自己負担なしの場合、市負担の区分を選択

期間	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	51
期間1																																		

期間	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	84	85
期間2																																			

期間	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	117	118
期間3																																			

決定額計 _____

受付