福 祉 医 療 費 給 付 金 支 給 申 請 書

|  |  |
| --- | --- |
| **申　請　者　記　入　欄** | 　　　　年　　　月　　　日飯 綱 町 長 様 申請者住 所　飯綱町大字　　　　　氏 名　　　　　　　　　　　　　㊞電 話　　　　（　　）　　　　　　次のとおり、福祉医療費給付金の支給申請をします。 |
| 乳児・障・母等・父・世 | 加　入　保　険 | 名称 | １ 国民健康保険（一般・退本・退扶）２ (　　　　　　　　）健康保険組合３ (　　　　　　　　）共済組合４ 全国健康保険協会（　　　　）支部５ 後期高齢 |
| 受給者番号 |  |
| 受給者氏名 |  |
| 生年月日 |  | 保険証 | 記号 | 番号 |
| 個人番号 |  |
|  |
| 医　療　機　関　記　入　欄 | 受診者氏名 | 医療費負担区分 | １ | ２ | ３ | ４ |
|  | ３割 | ２割 | (　 )割 | 後期高齢 |
| 診療月 | 入院入院外 | 診療報酬総点数 | 診療費自己負担額 | 一部負担金 | 控除額 | 受診日数 | 支　払　額 |
| 年　 月 | 入・外 | 点 | 円 | 円 | 円 | 日 | 円 |
| 年　 月 | 入・外 | 点 | 円 | 円 | 円 | 日 | 円 |
| 年　 月 | 入・外 | 点 | 円 | 円 | 円 | 日 | 円 |
| 年　 月 | 入・外 | 点 | 円 | 円 | 円 | 日 | 円 |
| 年　 月 | 入・外 | 点 | 円 | 円 | 円 | 日 | 円 |
| 上記のとおり証明します。年　　月　　日医療機関名又は　　　　　保険調剤薬局名　　　　　　　　　 |

※受診日の属する月の翌月の初日から起算して１年を経過すると、福祉医療給付金の支給申請ができませんので、ご注意ください。

※名前の入った領収書（レシートは不可）がある場合は、医療機関の証明は必要ありません。

※この申請書は、病院・薬局別に分けて提出してください。