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。