

福祉医療費（老・障・ひとり親・高額介護合算）支給申請書

年 月 日

（あて先）京田辺市長

次のとおり、福祉医療費の支給を申請します。また、支給の決定に際し、医療機関・保険者・他の公費制度を所管する公的機関に必要な公簿を照会・閲覧されることに同意します。

申請者	住 所	
	氏 名	
	電話番号	

福祉医療費 受給者証	負担者番号														← 受給者証の上の番号（8桁）
	公費負担医療の 受給者番号														← 受給者証の下の番号（7桁）
	受給者氏名											生年月日	年	月	日生
加入保険 前回申請時から 変更なし <input type="checkbox"/>	記号番号														
	被保険者氏名														
	保険者名														
	保険者番号														
振込先	銀行・信用金庫・農協・信用組合										支（本）店				
	預金の種別	普通・当座・その他							口座番号						
	名義人	フリガナ													
氏名															
医療費の状況	別紙のとおり														

- 注 1 医療費の支給申請は受診月の翌月から行ってください。
 2 患者名、受診日、医療費明細がわかる領収書（原本）等を添付してください。
 3 レシート等の医療費明細がわからない領収書の場合は、レシートと受診証明書の両方を添付してください。
 4 各保険者に高額介護合算の申請をされている方は決定通知の添付してください。
 5 健康保険法及び国民健康保険法に基づき10円未満の端数について四捨五入されるため、支給額がお支払いになった金額よりも少なくなることがあります。
 6 下の欄は記入しないでください。

No.	種類	診療月	保険点数	負担率	診療金額 (点数×負担率)	薬剤 件数	薬剤 一部負担金	参考 保険診療分領収書金額	高額医療費	制度適用後 一部負担金	支給決定額
1	1・2・3・4・5	年 月	点	割	円	件	円	円	円	円	円
2	1・2・3・4・5	年 月	点	割	円	件	円	円	円	円	円
3	1・2・3・4・5	年 月	点	割	円	件	円	円	円	円	円
4	1・2・3・4・5	年 月	点	割	円	件	円	円	円	円	円
5	1・2・3・4・5	年 月	点	割	円	件	円	円	円	円	円

処理No. _____