

## 福祉医療費給付申請書

年 月 日

高山村長様

(申請者) 住 所

氏 名

印 (続柄 )

電話番号 ( )

次のとおり診療等を受けたいので、高山村福祉医療費の支給に関する条例に基づき、福祉医療費の支給を申請します。

|  |         |       |             |                                 |                     |                |             |  |  |
|--|---------|-------|-------------|---------------------------------|---------------------|----------------|-------------|--|--|
| 受給資格者氏名  |         |       |             | 公費負担者番号                         |                     |                |             |  |  |
| 生年月日   | 年 月 日生  |       | 受給資格者番号     |                                 |                     |                |             |  |  |
| 医療保険の種類等   |         |       |             | 記号番号                            | 被保険者、組合員、加入者、又は世帯主名 |                |             |  |  |
| 1. 国保 2. 国保組合 3. 協会けんぽ 4. 健保組合<br>5. 共済 6. 後期高齢 7. ( ) |         |       |             |                                 |                     |                |             |  |  |
| 受診者氏名  | 診 療     |       | 保険診療<br>総点数 | 窓 口 徴 収 額<br>(入院時生活療養費標準負担額は除く) |                     |                | 交通災害<br>その他 |  |  |
|  | 年 月     | 日数等   |             | 一般負担金                           | 入院時食事療養<br>費標準負担額   | 他法による<br>費用徴収額 |             |  |  |
|  | 年 月     | 入 外 日 | 点           | 円                               | 円× 回<br>= 円         | 円              |             |  |  |
| *保険点数×10× 割  |         |       |             | *決定金額                           |                     |                | *確認         |  |  |
|  | 年 月     | 入 外 日 | 点           | 円                               | 円× 回<br>= 円         | 円              |             |  |  |
| *保険点数×10× 割  |         |       |             | *決定金額                           |                     |                | *確認         |  |  |
|  | 年 月     | 入 外 日 | 点           | 円                               | 円× 回<br>= 円         | 円              |             |  |  |
| *保険点数×10× 割  |         |       |             | *決定金額                           |                     |                | *確認         |  |  |
| 診 療 証 明 書  |         |       |             |                                 |                     |                |             |  |  |
| 上記のとおり診療したことを証明します。                                    |         |       |             |                                 |                     |                |             |  |  |
| 年 月 日  |         |       |             |                                 |                     |                |             |  |  |
| (医療機関等)  |         |       |             |                                 |                     |                |             |  |  |
| 所 在 地  |         |       |             |                                 |                     |                |             |  |  |
| 名 称  |         |       |             |                                 |                     |                |             |  |  |
| 代 表 者  |         |       |             |                                 |                     |                |             |  |  |
| 電 話 番 号  |         |       |             |                                 |                     |                |             |  |  |
| 印  |         |       |             |                                 |                     |                |             |  |  |
| 振込金融機関名  | 金融機関コード | 預金種目  | 口座番号        | 名義人                             |                     |                |             |  |  |
| 銀行<br>支店   |         |       |             | 申請者と同じ                          |                     |                |             |  |  |

- (注) 1 申請書の二本線から上部及び口座番号等は、申請者が記入してください。
- 2 申請書の二本線から下部の受診者にかかる診療内容は医療機関等が記入してください。(\*の欄は記入不要)  
ただし、当該診療内容について証明できる書類(医療機関が発行した診療明細書等)を添付したときは、記入を省略できます。
- 3 高額療養費や付加給付等の給付を受けたときは、各保険者の給付決定通知等についても添付してください。