

立科町福祉医療費支給申請書

平成 年 月 日

立科町長 様

住所 立科町大字
申請者 氏名

㊞

福祉医療費の支給を受けたいので申請します。

申請者記入欄				
受給者証番号		制度区分	老人・乳幼児・障害者・母子・父子	
受給者氏名		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	
加入医療保険	国保（一般） 国保（退職）	社会保険事務所 健康保険組合 共済組合	保険者番号
診療月	平成 年 月分（診療日から1年以内に支給申請をしてください）			

福祉医療診療報酬請求額証明書						
診療月		平成 年 月分		受給者氏名		
医療機関記入欄	入院分	診療科名	科	標準負担額	平成 年 月分	
		入院点数 (食事療養費除く)	点	入院に係る 一部負担金	円 × 日 = 円	
		入院期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日迄	薬 剤 一部負担金	円	
	外来分	科	日数	日	外来に係る 一部負担金	円
			点数	点		
		科	日数	日	その他公費 負担制度適用	養育・育成・更生医療・精神保健法等 円
			点数	点		
		科	日数	日	負担金の 算定方法	定率・定額
			点数	点		
	病床数	200床未満・200床以上		処方箋	院内・院外	
薬局記入欄	処方箋発行医療機関名					
		日数	日	薬 剤 一部負担金	円	
		点数	点	外来に係る 一部負担金	円	
		日数	日			

以上のとおり証明します。

平成 年 月 日

医療機関等の名称
及び代表者名

㊞

役場記入欄	総医療費	円		高額療養費	円
	被保負担額	入院	入院外	附加給付額	円
		円	円	老健一部負担額	円
	食事費用額	円		支給決定額	円
	薬剤負担額	円	円		