|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 立科町福祉医療費支給申請書  様式第３号（第５条関係） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 令和 年 月 日  立科町長　様   |  |  |  | | --- | --- | --- | |  | 申請者 | 住 所 立科町大字  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 | | 児童・妊産婦・障害者・母子・父子 | | | | | | | | | | |
| 受給者氏名 | | |  | | | | | | | | | 生年月日 | | 大・昭・平・令　　　年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 加入医療保険 | | | □国保（一般）  □国保（退職）  □後期高齢 | | | |  | | | | | | □協会健保  □健保組合  □共済組合 | 保険者番号 | | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 診療月 | | | 令和　　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 | | | 令和　　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 | | | | 令和　　　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 | | | | 令和 年 月 日～  令和 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 | | |
|  | | | | | 日数 | | 日 | | | 外来に係る  一部負担金 | | | | 円 | | | | | | | | | |
| 点数 | | 点 | | |
| 以上のとおり証明します。  令和 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 | | | | | | | 受給者負担金 | | | | 円 | | | | | | | | |
| 被保負担額 | | | | 入院 | | | | 入院外 | | | 高額療養費 | | | | 円 | | | | | | | | |
| 円 | | | | 円 | | | 附加給付額 | | | | 円 | | | | | | | | |
| 食事費用額 | | | |  | | | | 円 | | | 支給決定額 | | | | 円 | | | | | | | | |
| 薬剤負担額 | | | | 円 | | | | 円 | | |