|  |
| --- |
| 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 |