

立科町福祉医療費支給申請書

令和 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	乳幼児・児童・妊産婦・障害者・母子・父子
受給者氏名		生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日
加入医療保険	<input type="checkbox"/> 国保(一般) <input type="checkbox"/> 国保(退職) <input type="checkbox"/> 後期高齢	<input type="checkbox"/> 協会健保 <input type="checkbox"/> 健保組合 <input type="checkbox"/> 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)		

※記名押印に代えて、署名することができます。

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
			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 (印)						

※役場記入欄	総医療費	円		受給者負担金	500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			