様式第８号(第１６条関係)

|  |
| --- |
| 福祉医療費支給申請書 |
| 医療を受けた者の氏名、保険区分、受給者番号等 |
| 氏名 | 　　　　 | 保険区分 | ・被用者保　　(本人・家族)・組合国保・市町村国保　一般　　　　　退職(本人・扶養)・後期高齢者医療 | 対象区分番号 |  |  |
| 受給者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 医療を受けた病院、診療所、薬局その他の名称(氏名)及び所在地(住所) | 病院等の名称 | 　 |
| 所在地 | 　 |
| 入院・入院外の別 | 入院・入院外 | 医療を受けた期間 | 自　　年　　月　　日至　　年　　月　　日 | 日間 |
| 申請理由 | 遡及・県外受診・コルセット・更生医療・養育医療・(　　　) |
| 銀行名・支店名 | 銀行・金庫農協・信組 | 口座番号 | 口座名義(カタカナ) |
| 支店・本店出張所 | 　 | 　 |
| 療養給付費の総額　A | 円 |
| 　自己負担相当額 | A×◆－ | 高額療養費附加給付金 | 円 |
| 福祉医療費支給申請(決定)額 | 円 |
| 　上記のとおり福祉医療費の支給の申請をします。　　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住所　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　　　　　　　　　　　　能代市長　様 |

　◎　添付書類

　　　・当該療養に係る療養給付費証明書(別添1又は別添2)

　　　・その他市長が必要と認めた書類

別添１

療養給付費証明願

　福祉医療費(療養費)の支給申請のため必要でありますので、次の事項について証明してくださるようお願いします。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証の記号・番号 | 記号 | 　 | 番号 | 　 |
| 療養を受けた者 | 住所 | 　 | 生年月日 | 　　年　月　日 |
| 氏名 | 　 |
| 診療区分 | 　　　　年　　月診療分(入院・入院外) |
| 医療機関の名称 | 　 |
| 　　　　年　　月　　日　保険者　　　　様 | 被保険者名　　　　　　　　　　　 |
| 証明書 |
| 療養を受けた日数 | 日 |
| 療養給付費の総額 | 円 |
| 法定給付 | 療養の給付 | 円 |
| 被保険者・家族高額療養費 | 円 |
| 任意給付 | 附加給付金等 | 円 |
| 　　上記のとおり給付したことを証明します。　　　　　　年　　月　　日　保険者　　　　　　　　　　　 |

別添２

療養の給付等確認書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 診療を受けた者の氏名 | 　 | 対象区分番号 | 　 |
| 受給者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 保険者 | 名称 | (電話　　―　　　　)　 |
| 所在地 | 　 |
| 診療区分 | 入院 | 医療を受けた期間 | 　　　　年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで　　　　　　　　　　　　　日間 |
| ・ |
| 入院外 |
| 医療機関 | 名称 | (電話　　―　　　　)　 |
| 所在地 | 　 |
| A　保険対象医療費の総額 | 　(請求点数　　　　　　　　　点)円 |
| B　保険者の法定給付額 | 　(A×　　％)　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| C　一部負担金の額 | 　(A－B)　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| D　高額療養費 | 　(C－　　円)　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 福祉医療費支給額 | 　(C－D)　　　　　　　　　　　　　　　　　　円※ |
| 保険対象外経費 | 有無 | 有の場合、患者が窓口で負担した額 | 円 |
| 保険対象外経費の内訳 | 　 |
| 　(　　　　　　　　)から支給申請のあった福祉医療費について、当該医療機関に対して事実確認したところ、上記のとおりでした。　　　　　　年　　月　　日確認者　　　　　　　　課　　職氏名　　　　　　　　　　　　 |