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 | | | | | | | | | | | | | |