

福祉医療費助成支給申請書兼請求書

※以下の太枠内をご記入ください。

(助成対象者)	フリガナ				(加入の健康保険)	□ 別紙のとおり		
	受給者名					1 三田市国保 (一般 退本 退扶) 2 社保 (協会 組合 船員 共済) 3 国保組合 (県内 県外) 4 市外国保 (県内 県外) 5 他 ()		
	生年月日	明・大・昭 平・令	年	月			日	
	対象区分	移・乳(未就学)・乳(就学)・こ・母・障・高障					保険者名	
	受給者番号						保険者番号	()
対象診療月	平成 令和	年	月	分	被保険者名			
申請内訳	別添の領収書等のとおり					記号/番号	/	
申請の理由	1 兵庫県外で受診 2 療養費分(コルセット等) 3 受給者証(交付前・提示なし)受診 4 県外国保組合や国保等(自己負担窓口徴収) 5 前期高齢者 6 他()							

(支払方法)	□ 前回申請の口座							
	金融機関名			銀行	信用金庫	金融機関		
	支店名			信用組合	農業協同組合	コード		
	預金種別	1 普通	2 当座	4 貯蓄	フリガナ			
	口座番号				口座名義			

三田市長あて

上記のとおり、福祉医療費の支給を申請・請求します。なお、高額療養費等の給付を受けられる場合は支給額から除くことを承諾します。この支給申請に対し、異議の申し立てがあったときは、申請者である私の責任において解決し、貴市に一切ご迷惑をおかけしないことを確約します。

〒 _____ 年 月 日

住所 _____

申請者 (受給者・保護者) _____ 印 連絡先 () _____

市処理欄	制度	区分	外来	入院	制度	区分	外来	入院	制度	区分	外来	入院	制度	区分	外来	入院
	乳0歳(G)	低所得	600円	2400円	乳1歳~未就学(G)	低所得	600円	2400円	乳小1~小3	低所得	0円	600円	2400円	こ小4~中3	低所得	0円
	一般	800円	3200円		一般	800円	3200円		一般	(F) 400円	(G) 800円	3200円		一般	(F) 400円	(G) C(C÷3)
	超過・税なし	800円	3200円		超過・税なし	全額			超過・税なし	全額			超過・税なし	全額		
こ中1~3(F/G)	一般	F	C-(C÷3)	高移(F)	経過措置	II	8000円	24600円	母子(F)	一般	26.7/1~	800円	3200円	低所得	400円	1600円
	低所得	G	0		2割/1割	I	12000円	15000円	障害(F)	一般		600円	2400円	低所得	400円	1600円
~27.6/30	超過	F	C-(C÷3)	高移(F)	S24.7/1生~	I	8000円	15000円		低所得		600円	2400円	低所得	400円	1600円
	税なし	G	C÷3		2割							400円	1600円			

※C÷3: 小数点以下切捨て ※補装具等: こどもと老以外は一部負担金0円 ※長期入院: 母と障、乳のみ連続する入院4ヶ月目は一部負担金0円

医療機関名	初診日	診療月/日数	外来・入院	診療区分	総医療費(A)	療養費(B)	自己負担額(C)	高額療養費(D)	付加金(E)	一部負担金(F)	市単一部負担金(G)	助成額(H)
	/	月/日	外来・入院	医・歯・剤・療	円	円	円	円	円	円	円	円
	/	月/日	外来・入院	医・歯・剤・療	円	円	円	円	円	円	円	円
	/	月/日	外来・入院	医・歯・剤・療	円	円	円	円	円	円	円	円
	/	月/日	外来・入院	医・歯・剤・療	円	円	円	円	円	円	円	円
	/	月/日	外来・入院	医・歯・剤・療	円	円	円	円	円	円	円	円
	/	月/日	外来・入院	医・歯・剤・療	円	円	円	円	円	円	円	円
	/	月/日	外来・入院	医・歯・剤・療	円	円	円	円	円	円	円	円
	/	月/日	外来・入院	医・歯・剤・療	円	円	円	円	円	円	円	円
	/	月/日	外来・入院	医・歯・剤・療	円	円	円	円	円	円	円	円

※A-B=C C-D-E-F-H ※助成額(H)がマイナスのときは0円と記載し、枠全体に斜線を引く。 ※G欄は乳このみ使用

支給日	高額療養費	／末	福祉	／末	受付	資格	1人目	2人目	支給決定額	円
						口座	計算	検算		

※高額は最短で診療月+3ヵ月後末(福祉同月末) ※療養費は最短で受付月+2ヵ月後末(福祉翌月末) ※鍼灸あんまマッサージは最短で受付月+3ヶ月後末(福祉翌月末)