

# 記入見本

## 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	サンダ タロウ		加入の健康保険)						
	受給者名氏	三田 太郎			5 他 ( )					
(申請内容)	生年月日	明・大・ <b>昭</b> 平・令	62年	7月	1日	保険者名				
	対象区分	移・乳(未就学)・乳(就学)・こ・母・障・高障				保険者番号				
	受給者番号					被保険者名				
	対象診療月	平成	令和	年	月	記号/番号	/			
	申請内訳	別添の領収書等のとおり								
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	支店	本店	支店		
	口座番号	1 1 1 1 1 ●●	口座名義	サンダ タロウ 三田 太郎						
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ません。										
〒 669 - ●●●● 住所 三輪2丁目●-●										
申請者 三田 太郎 ※手書きしない場合は記名押印してください。 連絡先 079 ( 559 ) ●●●●										

受給者名をご記入ください。※乳幼児等・子ども医療費受給者は、医療を受けた『子ども』の氏名です。

記名の場合押印してください。

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	
	乳0歳(G)	低所得	600円	2400円	乳1歳未就学	低所得	600円	2400円	乳小1	低所得	0円	600円	2400円
	一般	800円	3200円		一般	800円	3200円	こ小4	低所得	0円	600円	2400円	
	経過・税なし	800円	3200円		一般	(F)	(G)	800円	3200円	一般	(F)	400円	(G)
	こ中1~3(F/G)	一般	F	C-(C÷3)	経過・税なし	一般	F	400円	6.7/1~	一般	300円	3200円	
	~27.6/30	低所得	G	0		一般	F	400円		一般	400円	1600円	
		超過	F	C-(C÷3)		一般	F	600円		一般	600円	2400円	
		税なし	G	C÷3		一般	G	400円		一般	400円	1600円	

※C÷3: 小数点以下切捨て ※補装具等

受給者名をご記入ください。※乳幼児等・子ども医療費受給者は、『保護者』の氏名です。※保護者が2名の場合はどちらの方でも可です。

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

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

※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)