

大村市福祉医療費支給申請書
(障害・老障・子ども・母子・父子・寡婦・寡男・単婦)

(宛先) 大村市長

年 月 日

次のとおり医療費の支給を申請します。 スポーツ災害制度の対象ではありません。

支 給 決 定							
	総医療点数	一部負担金 (A)	高額療養費 (区分:) (B)	附加給付金 (区分:) (C)	自己負担額 (D)	助成割合 (E)	支給額 (A-B-C-D) × E
入院・外来	点	円	有 ・ 無	円	有 ・ 無	円	円
薬剤	点	円		円		円	円

※申請者記入欄	受給者氏名 生年月日			申請者氏名 電話番号				
	受給者番号				-			
	受給者住所			申請者 住所	<input type="checkbox"/> 受給者と同じ			
	加入保険名称 保険者番号			記号 番号			被保険者	
	他の世帯員の 受診状況	氏名		医療機関名		入院 外来	支払金額	円
		氏名		医療機関名		入院 外来	支払金額	円
高額医療 支払回数	<input type="checkbox"/> 限度額認定証を使用した。(円) 区分 (ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ オ) 回数 (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 多数)							

診 療 報 酬 証 明

患者氏名

◎入院及び外来は、別々に証明をお願いします。

¥ 円 (食事代及び保険診療外負担を除く)

入 院

ただし、年 月分保険診療一部負担金 として(該当するものを○で囲んでください。)

外 来

保険診療総点数	点	診療日数	日
他法負担分点数 (結核・精神等)	点	補装具のときの 診療医療機関名	

年 月 日

医療機関等

医療機関コード

所在地(住所)

名 称

氏 名

印

領収書貼付場所

◎診療報酬証明に代えて領収書を添付する場合は、保険診療点数・患者氏名が確認できる領収書を添付してください。

備考

- ※印の欄は、申請者が記入してください。
(1) 他の世帯員の受診状況の欄は、21,000円以上を同月内に支払った者について記入してください。
(2) 高額療養費支払回数は、24,600円以上を過去12か月以内に世帯全員で支払った回数を記入してください。
- 太線の中は、医療機関において記入してください。
(1) 記入漏れ等がある場合は支給できないことがあります。
(2) 金額及び点数が訂正された申請書は、訂正印があっても受け付けることはできません。
- 診療日の翌月以降に1か月分をまとめて申請してください。
- 医療機関ごとに、入院と外来とを分けて申請してください。
- 郵送及び大村市内の各出張所においても申請を受け付けますが、記入漏れ等がある場合は支給できずに返却することがあります。
- 領収書や医師の指示書のコピーを提出(添付)する場合は、原本とコピーが相違ないことを窓口で確認しますので、原本とコピーの両方を窓口にお持ちください。
- 高額療養に該当する場合は、高額療養の限度額以下が支給対象になります。
- 限度額認定証の交付を受けている場合はコピーを添付してください。