

諫早市長様

下記のとおり、福祉医療費の支給を申請します。

申請者記入欄	氏名 (受給者)			住所	諫早市	
	受給者番号			患者 生年月日	1 明治・3 昭和・5 令和 2 大正・4 平成 年 月 日	
	加入保険 の名称		被保険者 記号番号		フリガナ	患者氏名 (支給対象者)

診療報酬証明書

医療機関記入欄	診療月	令和 年 月分				日ごとの保険診療による一部負担金が月の上限1,600円を超えるまで記入してください			
	保険診療 総点数	入院	点	外 調	来 剤	点	日目	点数	一部負担金額
							1日目	点	円
	保険診療 日数	入院日数	日	外来日数	日	2日目	点	円	
						3日目	点	円	
	保険診療 一部負担金	入院	円	外 調	来 剤	円	4日目	点	円
5日目							点	円	
公費負担				点		6日目以降は備考欄に記入願います			
						医療機関コード			
						医療機関の 所在地 名称 代表者名			
						印			

支給決定

処理欄	一部負担金 (A)	高額療養費 (B)	附加給付額 (C)	自己負担額 (D)	支給額 (A-B-C-D) (E)
	備考				

注 1 申請書は1ヶ月、1医療機関、入院・外来ごとにそれぞれ1枚必要となります。

2 毎月10日(10日が土日祝の場合はその前日)までの申請については当月末の振込になります。

3 申請書は診療月の翌月以降受付となります。診療当月に申請された場合、当月10日までの申請であっても支給は翌月末となります。

4 現物給付対象者の申請について、現物給付対象である医療機関診療分は、診療月3ヶ月経過後の支給となります。

5 医療機関の証明については、医療機関の発行する領収書原本(領収印のあるものに限る)により代えることができます。なお、領収書はお返しできませんので御了承ください。

6 診療報酬証明書については、1ヶ月ごとに入院・外来それぞれ1枚必要となります。

※1ヶ月に2日以上診療で支払額が1,600円以下の場合も支給対象となることがあります。1日の支払いが自己負担額800円を超えている場合、その差額が支給されます。