

社保・国組用

支給決定 決定 伺	伺 年 月 日		令和 年 月 日		支給決定額
	決 裁 年 月 日		令和 年 月 日		
	課 長	参事・補佐	班 長	班 員	¥

様式8号（第16条、第18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 險 区 分	☐ 被用者保険（本人・家族） ☐ 組合国保 記号： 番号： 保険者名：	対 象 区 分 番 号						
生年 月 日	昭・平・令 年 月 日				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											
療養給付費の総額 A			. 円								
自己負担 相 当 額	A x $\frac{\quad}{100}$ - $\left[\begin{array}{l} \text{高額療養費} \\ \text{付加給付金} \end{array} \right]$				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申請をします。 令和 年 月 日 〒019- 申請者 住 所 _____ 氏 名 _____ 電話番号 _____ - _____ 美 郷 町 長 様 ◎ 添付書類 ・当該療養に係る療養給付費証明書 ・その他町長が必要と認めた書類											

※振込口座

銀 行 名				支 店 名				口 座 番 号				口 座 名 義			
								普通 ・ 当座 ・ 他				カナ			
														氏名	

※被用者保険の方は、裏面にも記載してください。

高額療養費限度額に係る所得区分		付加給付金の有無 ※不明の場合は保険者に確認の上、記入してください。	有・無
同じ被用者保険に加入している同じ世帯の者が、同月に医療を受けているか（その者が70歳未満の場合は、一の医療機関で21,000円以上の自己負担があった場合に限る）	有・無	公費負担医療等の医療費助成の利用の有無	有・無
		過去12月以内に高額療養費の支給が3回以上あったか ※不明の場合は保険者に確認の上、記入してください。	有・無

※ 本申請後に病院等から返金があった場合や、加入している被用者保険から給付金があった場合などで、記入内容に変更があった場合は美郷町に届け出てください。

承諾書

私の（被扶養者である の）福祉医療療養費支給のため、
診療報酬に係るデータを美郷町長へ提供することを承諾します。

令和 年 月 日

被保險者住所 _____

被保険者氏名 _____ (印)

支給 決定 伺	伺 年 月 日	令和 年 月 日	支給決定額
	決 裁 年 月 日		
	課 長	参事・補	¥
		※※	

様式 8 号（第 16 条、第 18 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	美郷 一郎		保険 区分	☒ 被用者保険（本人・ <u>家族</u> ） ☐ 組合国保 記号：123000 番号：456 保険者名：全国健康保険協会秋田支部		対 象 区 分 番 号					
生年 月 日	大・昭・平・ <u>令</u> 3 年 11 月 1 日			受給者 番号	8	1	2	3	4	5	6
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		〇〇病院						
			所 在 地		東京都〇〇区△△1-2-3						
入院・入院外の別		入院・ <u>入院外</u>		医療を受 けた期間	自 令和 6 年 4 月 3 日		日間				
				至 年 月 日							
申 請 理 由		県外受診のため 補装具作成のため など									
療養給付費の総額 A											
自己負担 相 当 額		A × 100		記入不要		受診した月が複数ある場合は、 受診月ごとに申請書が必要です。					
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申請をします。

令和 6 年 4 月 30 日

〒019-1541

申請者 住 所

美郷町土崎字上野乙 170-10

氏 名

美郷 太郎 ※本人氏名。未成年の場合は保護者氏名

電話番号

0187 - 84 - 4907

※日中連絡の取れる番号

携帯電話でも可

美 郷 町 長 様

◎申請に必要なもの

- 領収書 ●福祉医療費受給者証 ●健康保険の資格情報が確認できるもの
- 申請者の通帳 ●印鑑 ●医師の作成指示書 ※補装具の場合
- 社会保険等からの療養費支給決定通知書 ※補装具の場合

※据

秋田銀行		美郷支店		普通		当座		他		カナ	ミナ トウ		
				9		8		7		氏名		美郷 太郎	

記入例

承諾書

私の（被扶養者である **美郷 一郎** の）福祉医療療養費支給のため、
診療報酬に係るデータを美郷町長へ提供することを承諾します。

令和 **6** 年 **4** 月 **30** 日

被保険者住所 美郷町土崎字上野乙 170-10

被保険者氏名 美郷 太郎 

支給申請書を複数枚まとめて提出する場合は、承諾書は1枚で構いません。