社保・国組用

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 支給決定伺 | 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 |  | 保険区分 | □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　　日日間至　　　年　　月　　日 |
| 申　請　理　由 |  |
| 療養給付費の総額 **Ａ** | 　　　　　　　　　　　　　　　　　.　　　　　　　　　　　　円 |
| 自己負担相 当 額 | 　　　　　　　　　　　　高額療養費Ａ×　　　　　１００　　　　付加給付金 | 　　　　　　　　　　　　　 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 |  |
| ※被用者保険の方は、裏面にも記載してください。 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 氏名 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 | 公費負担医療等他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

被保険者住所

被保険者氏名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

社保・国組用

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 支給決定伺 | 伺年月日 | 令和　　　年　　　月　　　日**記入例** | 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 | **美郷　一郎** | 保険区分 | □被用者保険（本人・家族）□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・令**3**年 **11**月　**1**日 | 受給者番号 | **8** | **0** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 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 | **○○病院** |
| 所在地 | **東京都〇〇区△△1-2-3** |
| 入院・入院外の別 | 入院 ・ 入院外 | 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** |
| 療養給付費の総額 **Ａ** | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 自己負担相 当 額 | 　　　　　　　　　　　　高額療養費Ａ×　　　　　１００　　　　付加給付金 | 　　　　　　　　　　　　　 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**6**年**4**月**30**日　　　　　　　　　　　　　　　　　〒019-**1541****美郷町土崎字上野乙170-10**申請者　住　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**美郷　太郎**　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　　　　　　**※日中連絡の取れる番号****携帯電話でも可****0187 - 84 - 4907**美　郷　町　長　　様◎　添付書類**必要なもの****・領収書・申請者の通帳**・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 |
| **秋田銀行** | **美郷支店** | 普通　・　当座　・　他 | カナ | **ﾐｻﾄ　ﾀﾛｳ** |
|  |  |  |  |  |  |  |  | **9** | **8** | **7** | **6** | **5** | **4** | **3** | 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

**美郷町土崎字上野乙170-10**

被保険者住所

**美郷**

**美郷　太郎**

被保険者氏名　　　　　　　　　　　　　　　㊞