

医療福祉費支給申請書

|                                     |                                                                                                                   |       |                                                               |
|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|---------------------------------------------------------------|
| 公費番号                                |                                                                                                                   | 受給番号  |                                                               |
| 受給者名                                |                                                                                                                   |       |                                                               |
| 保険者名                                |                                                                                                                   | 生年月日  |                                                               |
| 給付の有無                               | 協会けんぽ・共済（茨城県市町村職員共済組合・公立学校共済組合茨城支部）                                                                               |       | 高額療養費 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
|                                     | 組合・共済（上記以外）・その他                                                                                                   |       | 高額療養費 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
|                                     |                                                                                                                   |       | 付加給付金 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| 医療機関記入欄                             | 医療機関等の名称                                                                                                          |       | 印                                                             |
|                                     | 産婦人科等（主治医）からの紹介状（診療情報提供書）                                                                                         |       | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無         |
|                                     | 【記入上の注意】                                                                                                          |       |                                                               |
|                                     | 1. 産婦人科医等（主治医）からの診療情報提供書（紹介状）を持参の場合は、妊産婦医療福祉費の助成対象となりますので、裏面のとおりに処理をお願いいたします。<br>2. 調剤薬局では、「診療情報提供書の有無」欄の記入は不要です。 |       |                                                               |
| 振込先                                 | 銀行名                                                                                                               | 支店名   | 種別                                                            |
|                                     | 名義人                                                                                                               | 口座番号  |                                                               |
| 上記のとおり医療福祉費の支給を申請します。<br><br>筑西市長 様 |                                                                                                                   | 申請日   | 令和 年 月 日                                                      |
|                                     |                                                                                                                   | 申請者氏名 |                                                               |
|                                     |                                                                                                                   | 電話番号  |                                                               |

(注)  
1. 添付書類 ①医療機関等が発行する領収書又は療養費支給証明書 ②高額療養費・付加給付金等がある場合は、支給決定通知書の写し又は支給証明書  
2. 申請者が医療機関等で支払った金額から、外来自己負担金額、入院自己負担金額、他法による公費負担額、高額療養費等を控除した額が支給されます。  
3. 振込先の変更には「医療福祉費受給資格等変更届」が必要です。  
4. ※欄は、市で記入します。

|        |                                                                                                                                       |  |   |  |   |       |        |       |     |      |    |   |
|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---|--|---|-------|--------|-------|-----|------|----|---|
| ※診療時期  | 令和                                                                                                                                    |  | 年 |  | 月 | ※支給内訳 | 区分     |       | □通院 | □入院（ | 日） |   |
| ※支給予定月 | 令和                                                                                                                                    |  | 年 |  | 月 |       | 一部負担金  |       |     |      |    | 円 |
| ※医療機関等 | □11・茨城県外<br>□12・茨城県内<br>□13・自治医科大学附属病院<br>□14・芳賀赤十字病院<br>□15・獨協医科大学病院<br>□16・二宮中央腎・健診クリニック<br>□21・治療用装具作成<br>□43・ピノキオ薬局<br>□44・にのみや薬局 |  |   |  |   |       | 自己負担金額 |       |     |      |    | 円 |
|        |                                                                                                                                       |  |   |  |   |       | 控除額内訳  | 高額療養費 |     |      |    | 円 |
|        |                                                                                                                                       |  |   |  |   |       |        | 付加給付金 |     |      |    | 円 |
|        |                                                                                                                                       |  |   |  |   | その他   |        |       |     |      | 円  |   |
|        |                                                                                                                                       |  |   |  |   | 控除額計  |        |       |     | 円    |    |   |
| ※医療内容  | □1・医科   □3・歯科   □4・調剤<br>□9・柔整   □6・訪問看護   □10・治療用装具                                                                                  |  |   |  |   | 交付決定額 |        |       |     |      | 円  |   |