

医療福祉費支給申請書

公費番号		受給者証の「公費負担者番号」を記入してください。				受給番号		受給者証の「受給者番号」を記入してください。							
受給者名		受給者の氏名を記入してください。													
保険者名		加入している医療保険者名を記入してください。				生年月日		受給者の生年月日を記入してください。							
給付の有無	音	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						高額療養費				☐ あり	☐ なし		
		高額療養費・付加給付金支給の有無について☑を記入してください。 支給がある場合は、支給額がわかるもの（決定通知等）を申請時にご持参ください。 組合・共済（上記以外）・その他						高額療養費				☐ あり	☐ なし		
								付加給付金				☐ あり	☐ なし		
医療機関等記入欄		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）						☐ 有 ☐ 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。 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	口座が未登録の場合は、記入してください。 すでに登録済みの口座を変更する場合は、変更届が必要です。								種別					
	名義人									番号					
上記のとおり医療福祉費の支給を申請します。 筑西市長 様		申請日		令和		年		月		日					
		申請者氏名		申請者氏名（来庁者）を記入してください。											
		電話番号		申請者の連絡先を記入してください。											

(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。

※

※

市記載欄ですので
記入は不要です。

※