

医療福祉費支給申請書

公費番号		支給番号					
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 ☐ あり ☐ なし				
	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	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。 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	□31・県外歯科 □32・県内歯科 □41・県外薬局 □43・ピノキオ薬局 □42・県内薬局 □44・にのみや薬局 □11・県外病院 □14・芳賀赤十字病院 □12・県内病院 □15・獨協医科大学病院 □13・自治医科大学附属病院 □16・二宮中央腎・健診クリニック □21・治療用装具作成 □22・接骨院・はりきゅう等				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 □ 9・柔整 □ 6・訪問看護 □10・治療用装具			交付決定額		円		