

子ども・ひとり親等 福祉医療 支給申請書 記入例

しょうかんばらい
償還払

受給者（保護者）の氏名、住所

領収書は
のり、テープ、ホチキス等
で貼り付けないでください

下記のとおに医療費の支給を申請します。

申請者 氏名 (受給者)	住所	諱早市
受給者 番号	患者 生年月日	昭和・3 昭和・3 令和 大正・4 平成 年 月 日
加入 年月日	被保険者証 記号番号	記号 番号
		フリガナ 患者氏 支給対象

福祉医療のカードの
受給者番号

対象児童の健康保険

対象児童の氏名、
フリガナ、生年月日

医療 機関	保険診療 総点数	入院 点	外 来 点	1 日目 点	2 日目 点	3 日目 点	4 日目 点	5 日目 点	6 日目以降は備考欄に記入願います	一部負担金額 円
	保険診療 日数	入院日数 日	外来日数 日							
				医療機関の 所在地 名称 代表者名	医療機関コード					

医療機関で証明を
書いてもらう欄です。
領収書を添付する場合は
記入は不要です。

支 給 決 定	一部負担金 (A)	高額療養費 (B)	附加給付額 (C)	自己負担額 (D)	支給額 (A-B-C-D) (E)

- ※申請書は1ヶ月、1医療機関、入院・外来ごとにそれぞれ1枚必要となります。
- ※毎月10日(10日が土日祝の場合はその前日)までの申請については当月末の振込になります。
- ※申請書は診療月の翌月以降受付となります。診療当月に申請された場合、当月10日までの申請であっても支給は翌月末となります。
- ※現物給付対象者の申請について、現物給付対象である医療機関診療分は、診療月から3ヶ月後の支給となります。
- ※医療機関の証明については、医療機関の発行する領収書原本（領収印のあるものに限る）により代えることができます。なお、領収書はお返しできませんので御了承ください。
- ※診療報酬証明書については、1ヶ月ごとに入院・外来それぞれ1枚必要となります。