

南牧村福祉医療費給付金支給申請書

南牧村福祉医療費給付金条例第8条に基づき、医療機関等による証明書を添付し、医療費の支給を申請します。

(申請先) 南 牧 村 長

令和 年 月 日

申請者	住所	南牧村大字				携帯電話番号					
	氏名	(受給者との続柄)									
受給者	資格	<input type="checkbox"/> 乳幼児及び児童 <input type="checkbox"/> 障がい者 <input type="checkbox"/> 母子家庭の母子等 <input type="checkbox"/> 父子家庭の父子 <input type="checkbox"/> 寡婦 <input type="checkbox"/> 妊産婦									
	受給者番号(左詰め)	氏 名				生 年 月 日					
						T S H R					
						年 月 日					
	加入医療保険	<input type="checkbox"/> 南牧村国民健康保険 <input type="checkbox"/> 長野県後期高齢者医療保険 <input type="checkbox"/> 建設国保長野県支部 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 長野支部 <input type="checkbox"/> 長野県市町村職員共済組合 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 _____ 支部 <input type="checkbox"/> _____ 共済組合									
	上記以外の医療保険の場合	名称	保険者番号								

※領収書は、1か月分をまとめて申請してください。

【診療年月:令和 年 月分】

医療機関等証明欄	
診療科名 _____ 科 保険点数 _____ 点 (上記に対する自己負担額 _____ 円) 食事療養費 _____ 円 公費負担制度適用: あり ・ なし 自立支援医療 (育成・更正・精神) ・ 特定疾患 小児慢性・その他 (_____)	・ 入院 (期間: 日 ~ 日の 日間) ・ 入院外・調剤 院外処方箋 (交付あり ・ 交付なし) 薬局では発行医療機関名を下記へ記入 医療機関名: _____ 年 月 日 医療機関等所在地 名 称 _____ 氏 名 _____
(印)	

----- 担当者処理欄 -----

医療機関名・薬局名	外来・入院 調剤	診療・調剤 日数	医療報酬 点数	自己 負担額	食事 負担額	受給者 負担額	支給額
	外来・入院 調剤	日					
	外来・入院 調剤	日					
	外来・入院 調剤	日					
	外来・入院 調剤	日					
	外来・入院 調剤	日					
	外来・入院 調剤	日					
医療費総額	自己負担額	高額・付加給付額	食事負担額	受給者負担額	支給決定額		