麻績村福祉医療費給付金支給申請書(償還方式)

年　　月　　日

麻 績 村 長 殿

(いずれかに○をする。)

|  |  |
| --- | --- |
| １ | 乳幼児等 |
| ２ | 障害者 |
| ３ | 母子・父子家庭 |

届出者　住所

氏名

(自署の場合押印不要)

(受給資格者との続柄　　　　　　　)

電話

　下記により麻績村福祉医療給付金の支給を受けたいので申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受給資格者証記号番号 |  | 受給資格者氏　　　名 |  |
| 加入医療保険名称 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 生 |
| 加入医療保険記号番号 |  | ※確認欄 | 附加給付　　有　・　無 |
| 医療機関証明欄 | (　 年　 　月分)診 療 報 酬 証 明 書 |
| 受診者氏　名 |  | 受 診 者負担割合 | 　　　　　　　％ |
| 診　療　区　分 | 診　療　報　酬　点　数 |
| １　入院 | 点 |
| ２　入院外 | 点 |
| 高齢者医療確保法による一部負担金 |
| １　入院 | 点 |
| ２　入院外 | 点 |
| 　上記のとおり証明します。　　 　　年　　月　　日医療機関等の名称　　　　　　　　　　　　　 |
| 口座振込希　　望金融機関 | 　　　　　銀行　　　　　　支店　　　　　信金　　　　　　支店　　　　　農協　　　　　　支所　　（　　　　　）　 （　　　　） | 口座名義人氏　　　名 |  |
| 口座番号 |  |
| 委任状 | なお、支給される福祉医療費給付金の受領については、口座名義人に委任します。　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　 　　　　　　　　 |
| ※決定欄 | 　医療費　　　　　　　　　　　 １ 高額療養費 [　　 　　]　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 ２ 付加給付金 [ 　　　　][　　　　　] × 　／１０ 一部負担金[　　　] －　３ 受給者負担金 [　　　　]　　　　　　　　　　　　　　　　　 給付額　　＝　　　　　　　　　　　円 |
| ※欄は記入しないでください。　　　　　確認担当者氏名　　　　　　　　　　　　  |

※　受診者氏名、医療点数等の記載された領収書(請求書等)を添付できるときは、医療機関証明欄の証明は不要です。