

社保・国組用

支給決定 伺	伺年 月 日		令和 年 月 日		支給決定額
	決裁年 月 日		令和 年 月 日		
	課長	参事・補佐	班長	班員	¥

様式8号(第16条、第18条関係)

福祉医療費支給申請書										
医療を受けた者の氏名、保険区分、受給者番号等										
氏名		保 險 区 分	<input type="checkbox"/> 被用者保険(本人・家族) <input type="checkbox"/> 組 合 国 保 記号: 番号: 保険者名:			対 象 区 分 番 号				
生 年 月 日	昭・平・令 年 月 日					受 給 者 番 号				
医療を受けた病院、 診療所、薬局その他 の名称(氏名)及び 所在地(住所)		病 院 等 の 名 称								
		所 在 地								
入 院 ・ 入 院 外 の 別		入 院 ・ 入 院 外		医 療 を 受 け た 期 間	自 至	年 年	月 月	日 日	日 間	
申 請 理 由										
療 養 給 付 費 の 総 額 A									円	
自 己 負 担 相 当 額	A × $\frac{\quad}{100}$ - (高額療養費 付加給付金)									円
福 祉 医 療 費 支 給 申 請 (決 定) 額									円	
上記のとおり福祉医療費の支給申請をします。 令和 年 月 日 〒019- 申請者 住 所 _____ 氏 名 _____ 電話番号 _____ - _____ 美 郷 町 長 様 ◎ 添付書類 ・当該療養に係る療養給付費証明書 ・その他町長が必要と認めた書類										

※振込口座

銀 行 名			支 店 名			口 座 番 号				口 座 名 義	
						普 通 ・ 当 座 ・ 他				カナ	
											氏名

※被用者保険の方は、裏面にも記載してください。

高額療養費限度額に係る所得区分		付加給付金の有無 ※不明の場合は保険者に確認の上、記入してください。	有・無
同じ被用者保険に加入している同じ世帯の者が、同月に医療を受けているか（その者が70歳未満の場合は、一の医療機関で21,000円以上の自己負担があった場合に限る）	有・無	公費負担医療等の医療費助成の利用の有無	有・無
		過去12月以内に高額療養費の支給が3回以上あったか ※不明の場合は保険者に確認の上、記入してください。	有・無

※ 本申請後に病院等から返金があった場合や、加入している被用者保険から給付金があった場合などで、記入内容に変更があった場合は美郷町に届け出てください。

承 諾 書

私の（被扶養者である _____ の）福祉医療療養費支給のため、
診療報酬に係るデータを美郷町長へ提供することを承諾します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

被保険者住所 _____

被保険者氏名 _____ (印)

支給決定伺	同年月日	令和 年 月 日	支給決定額
	決裁年月日		
	課長	参事・補	¥

記入例

様式8号(第16条、第18条関係)

福祉医療費支給申請書

医療を受けた者の氏名、保険区分、受給者番号等

氏名	美郷 一郎	保険区分 <input checked="" type="checkbox"/> 被用者保険(本人・ 家族) <input type="checkbox"/> 組国保 記号: 123000 番号: 456 保険者名: 全国健康保険協会秋田支部	対象区分番号						
生年月日	大・昭・平・ 令 3年11月1日		受給者番号	8	1	2	3	4	5

医療を受けた病院、診療所、薬局その他の名称(氏名)及び所在地(住所)	病院等の名称	〇〇病院
	所在地	東京都〇〇区△△1-2-3

入院・入院外の別	入院・ 入院外	医療を受けた期間	自 令和6年4月3日 日間 至 年 月 日
----------	----------------	----------	---------------------------------

申請理由	県外受診のため 補装具作成のため など
------	----------------------------

療養給付費の総額 A	円
------------	---

自己負担相当額	A × $\frac{\quad}{100}$ - (高額療養費付加給付金)	円
---------	--	---

福祉医療費支給申請(決定)額	円
----------------	---

上記のとおり福祉医療費の支給申請をします。

令和 **6年4月30日**

〒019-1541

申請者 住所 **美郷町土崎字上野乙 170-10**

氏名 **美郷 太郎**

電話番号 **0187 - 84 - 4907**

※日中連絡の取れる番号

携帯電話でも可

美郷町長 様

◎必要なもの(窓口にお持ちいただければ、こちらでコピーを取ります)

- 領収書 ●申請者の通帳 ●認印 ●医師の作成指示書 ※補装具の場合
- 社会保険等からの療養費支給決定通知書 ※補装具の場合

※振

銀行名	支店名	口座番号	口座名義
秋田銀行	美郷支店	普通 ・当座・他	カナ ミト 太郎
		9 8 7 6 5 4 3	氏名 美郷 太郎

記入例

承諾書

私の（被扶養者である **美郷 一郎** の）福祉医療療養費支給のため、
診療報酬に係るデータを美郷町長へ提供することを承諾します。

令和 **6**年 **4**月 **30**日

被保険者住所 美郷町土崎字上野乙 170-10

被保険者氏名 美郷 太郎 