

福祉医療費 支給申請書

※この申請書は、福祉医療費を医療機関等で支払いされたときに使用します。

- ☐ 老人医療費 ☐ 障害者医療費 ☐ ひとり親家庭医療費 ☐ 子育て支援医療費
☐ 重度心身障害老人健康管理費

【対象者(受給者)】

フリガナ		性別	生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日
氏名		男 / 女	個人番号				
住所	〒 宮津市字			市処理欄	適用年月日		
	(建物名等)	電話	— —		平成・令和	年	月 日

【対象者(受給者)の状況】(該当する項目に☑してください。)

申請理由	☐ 府外受診 ☐ 受給者証等交付前受診 ☐ 受給者証未提示 ☐ 補装具			
受給者証番号	負担者番号		受給者番号	
診療年月	令和 年 月			
加入の健康保険	被保険者氏名	☐ 申請者と同じ ☐ 申請者以外(氏名:)		
	区 分	保険者の名称	保険者番号	被保険者の記号番号
	国保	国民健康保険(宮津市)	260067	宮一
	協会けんぽ	全国健康保険協会 支部		
	健保組合	健康保険組合		
	共済組合	共済組合		
国保組合	国民健康保険組合			
後期高齢	京都府後期高齢者医療保険	39262050		
その他				

<受取口座> ※原則として対象者(または保護者)の口座を指定してください

※いずれかに☑してください。

- ☐ 公金受取口座を利用する。(マイナポータル等から登録した口座を利用する方。金融機関情報は記入不要)
☒ 受取口座を指定する。(以下の金融機関情報を記入してください。)

〔金融機関情報〕

金融機関名	支店名	種別	口座番号	口座名義人(カタ)
銀行・信金・労金	本店・支店	普通		
信組・農協・漁協	出張所	当座		

【申請者】

宮津市長 様		令和 年 月 日	
上記のとおり福祉医療費の支給を申請します。			
フリガナ		性別	生年月日
氏名		男 / 女	個人番号
			日中連絡先
住所	☐ 対象者と同じ(記入不要) 宮津市字	続柄	☐ 対象者と同じ ☐ 本人以外 (続柄)
	(建物名等)		

宮津市使用欄

医療を受けた内容（対象者氏名）

番号	医療機関名等	区 分	日 数
1		入院 ・入院外 ・歯科 ・薬剤 ・補装具 ・その他	日
2		入院 ・入院外 ・歯科 ・薬剤 ・補装具 ・その他	日
3		入院 ・入院外 ・歯科 ・薬剤 ・補装具 ・その他	日
4		入院 ・入院外 ・歯科 ・薬剤 ・補装具 ・その他	日
5		入院 ・入院外 ・歯科 ・薬剤 ・補装具 ・その他	日
6		入院 ・入院外 ・歯科 ・薬剤 ・補装具 ・その他	日
7		入院 ・入院外 ・歯科 ・薬剤 ・補装具 ・その他	日

番号	点数①	医療費② (①×10)	自己負担額③ (②×0.)	受給者の 支払額④	③と④の少な い方の額⑤	高額療養費 支給額⑥	一 部 負担金	医療給付金 ⑤-⑥-⑦
1	点	円	円	円	円	円	円	円
2	点	円	円	円	円	円	円	円
3	点	円	円	円	円	円	円	円
4	点	円	円	円	円	円	円	円
5	点	円	円	円	円	円	円	円
6	点	円	円	円	円	円	円	円
7	点	円	円	円	円	円	円	円