

記入例

別記様式第4号

※ 太枠で囲んだ部分を
記入のうえ持ちください

福祉医療費給付申請書

中之条町長 殿

令和 年 月 日

住所 中之条町大字 中之条町1091

氏名 中之条 太郎

(電話 0279 - 75 - 2111)

条例第9条第2項の規定に基づき福祉医療費の支給を申請します。

公費負担者番号		受給資格者証番号							
社会保険の名称	記号番号		被保険者名						
中之条町国保	中 〇〇〇 - ×××		中之条 太郎						
受診者氏名	診 療	診 療	診 療 費				交通災害 その他		
	年月	入 外	健康保険証の内容を記入してください				円		
*保険点数×10×	割		*決定金額			円	*確認		
	年月	入 外	日	点	円	円	円		
*保険点数×10×	割		*決定金額			円	*確認		
	年月	入 外	日	点	円	円	円		
*保険点数×10×	割		*決定金額			円	*確認		
診 療 証 明 書									
上記のとおり診療したことを証明します。									
医療機関の名称									
所在地									
氏 名									
印									
給付金について口座振込を希望する時									
振込金融機関名	金融機関コード		預金種目	口座番号	名義人				
群馬銀行 中之条 支店			普通	0123456	カバジヨウ 知 中之条 太郎				

- (注) 1 申請書の二本線以上部及び口座番号等は、申請者が記入してください。
2 申請書の二本線以上部にかかるとかかる診療内容は医療機関等が記入してください。(※の欄は記入不要)
ただし、当該
記入を省略で
3 高額療養費
します。
- 振込を希望する金融機関を記入して下さい
- 等)を添付したときは、
についても添付してください。

※ 裏面もあります

高額療養費等がある場合の福祉医療費の算定について

医療機関で支払った医療費は、高額療養費や付加給付に該当した場合、申請などによりその分が社会保険などから給付されます。その場合福祉医療費の対象となるのは、医療機関の窓口で支払った金額から高額療養費や付加給付として戻った額を控除した額となります。

また、以下に該当し還付を受けた場合などにも、二重給付となり福祉医療費の対象外となります。それを避けるため、申請者は以下の事項に該当した場合、その旨を速やかに町長に届け出なければなりません。また二重給付となった場合は、福祉医療費の差額分を町長に返還しなければなりません。

1 高額療養費の世帯合算に該当した場合

(高額医療費の算定にあたって、世帯単位の一部負担金を合算したことで、自己負担額が軽減された場合)

2 高額療養費の多数該当に該当した場合

(高額療養費の限度額の算定にあたって、当該療養以前12ヶ月以内の高額療養費の支給が3回以上ある場合の特例を受けたことで、自己負担額が軽減された場合)

3 第三者行為に該当した場合

(交通事故等傷病の原因が第三者に起因し、第三者に対して損害賠償金の支払請求ができる場合)

4 学校保健法に基づく医療費の援助に該当した場合

(学校等の管理下で負った傷病で、日本スポーツ振興センターによる災害共済給付金の給付が受けられる場合)

確 認 欄

わたしは、上記の各給付に該当することが分かったときはその旨を速やかに町長に届け出ます。また上記給付分が控除されずに福祉医療費の支給を受けた場合は、差額分を町長に返還します。

令和 年 月 日

住 所 群馬県吾妻郡中之条町大字 中之条町1091

氏 名 中之条 太郎