様式第4号(その1)(第6条関係)

# ㊗ 医療福祉費支給申請書兼支給決議書

| 決裁 | 課長 | 課長補佐 | 係長 | 担当 |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 公費負担者番号 | ８４０８０３２４ | 受給者氏名 | 東海　花子 |
| 受給者番号 | １２３４５６７ | 生年月日 | 令和〇年〇〇月〇〇日 |
| 保険者名及び被保険者等記号・番号 | １２３４５６７<br>１２３ | 保険種別 | 協会 |
| | | 保険者名 | 全国健康保険協会　〇〇支部 |
| 医療機関等の所在地及び名称又は氏名 | 〇〇〇病院，〇〇〇薬局 | | |
| 医療等の内容 | 医科・歯科・調剤・柔整・輸血<br>訪問看護ステーション・コルセット<br>その他(　　) | 医療等を受けた期間 | 令和〇年〇月〇日から<br>令和〇年〇月〇日まで |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 医療機関等で支払った金額 | 医療保険各法の一部負担の額 | | | | | | | | 円 |

上記のとおり医療福祉費の支給を申請します。

令和〇年〇月〇日

東海村長　　様

〒３１９－１１９２
住所　東海村東海三丁目７番１号
申請者(受給者又は保護者)　氏名　東海　太郎　㊞ 東海印

(注)押印は，署名(自筆)の場合は，必要ありません。
押印をぼ印に代えることは，差し支えありません。

(注)　1　添付書類
①　医療機関等が発行する領収書又は療養費支給証明書及び診療明細書又は調剤明細書
②　高額療養費・附加給付等がある場合は，支給決定通知書の写し又は支給証明書
2　申請者が医療機関等で支払った金額から，外来自己負担額，入院自己負担金額，標準負担額，他法による公費負担額及び高額療養費等を控除した額が支給されます。
3　※欄は，市町村で記入します。

| ※支給額内訳 | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 領収書等の金額 | | 患者負担割合金額 | | |
| | 円 | | ①　円 | ②　円 | ③　円 |
| | 控除額内訳 | 他法公費負担額 | | 附加給付額 | |
| | | 高額療養費 | | その他 | |
| | | 入院時自己負担額 | | 外来自己負担金額 | |
| | | 標準負担額 | | 控除額計　④ | |
| | 交付決定額 | | ①＋②＋③－④ | | |