

様式第3号（第3条関係）

佐久市福祉医療費給付金支給申請書

令和 年 月 日

(申請先) 佐久市長

申請者(本人又は保護者等)

住所 佐久市

受給者との続柄

氏名

()

電話番号

福祉医療費給付金の支給を受けたいので、次のとおり申請します。

受給者証 記号	妊・児・障・母・父	受給者番号	
受給者 氏名		生年月日	大正 昭和 平成 令和 年 月 日
受診年月	複数月分の申請をする場合は、その期間を記入してください。(受診月の翌月から起算して1年以内に申請してください。)		
	令和 年 月 日	～	令和 年 月 日 受診分

上記の受給者について、下欄に証明してください。

医療 機関 等 証明 欄	令和 年 月分 ～ 令和 年 月分の			
	上記佐久市福祉医療費給付金受給者の保険診療費等は下記(別紙内訳表)のとおりです。			
	医療保険の種類 (○印又は名称を 記入してください。)	・市一般国保 ・市退職国保 ・協会けんぽ ・日雇健保	・組 合 国 保 ・組 合 健 保 ・共 済 健 保 ・後 期 高 齢 者 医 療 保 険	受給者は、医療保険の ・本 人 ・被 扶 養 者 です。
	入 院		入 院 外 (科)	
	入院点数 点		入院外点数 点	
	入院期間 当月 日～ 日 (日間)		一部負担金額 円	
	一部負担金額 円		診療実日数 日	
	標準負担限度額証使用 あり・なし		特定疾病自己負担額 円	
	特定疾病自己負担額 円		「訪問看護」利用料 円	
	公制 費度 負担 適 担 用	・あり 特定疾患・小児慢性・遷延性意識障害 ・自立支援医療(育成・更正・精神) その他 () ・なし	院 外 処 方 箋	当医療機関で ・交付あり ・交付なし 薬局では発行医療機関名を記入してください。
母子健康手帳交付前の妊娠に起因する産科的疾病のための受療		初診日 令和 年 月 日 病 名 () (注) 流産・死産の場合は以下に記入 ・区 分 (流産 ・ 死産) ・事由発生年月日 令和 年 月 日		
令和 年 月 日 医療機関等 所在地 名 称 氏 名 ⑩			※市処理欄 入力日 / 給付件数 件 給付額 円	

注1: 入院外診療で複数の月・科を証明する場合は、別紙に内訳を記載してください。

注2: 「母子健康手帳交付前の妊娠に起因する産科的疾病のための受療」以外は、保険診療点数または保険診療金額の記載された領収書添付の場合、医療機関等の証明は必要ありません。