

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  
 氏名 \_\_\_\_\_ 受給者との続柄 ( )  
 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 年 月 日 平成 令和
受給者 個人番号			
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 日 ～ 令和 年 月 日 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。)	<ul style="list-style-type: none"> <li>市一般国保</li> <li>市退職国保</li> <li>協会けんぽ</li> <li>日雇健保</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>組回国保</li> <li>組合健保</li> <li>共済健保</li> <li>後期高齢者医療保険</li> </ul>	受給者は、医療保険の <ul style="list-style-type: none"> <li>本人</li> <li>被扶養者</li> </ul> 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 負適 担用	<ul style="list-style-type: none"> <li>あり 特定疾患・小児慢性・遷延性意識障害</li> <li>自立支援医療(育成・更正・精神)</li> <li>その他( )</li> <li>なし</li> </ul>	院 外 処 方 箋	当医療機関で 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	Ⓧ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、保険診療点数又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。