

福祉医療専用申請書

国民健康保険高額療養費支給申請書 (福祉医療受給世帯用)		① 被保険者証の記号番号
② 療養を受けた被保険者の 氏名・生年月日	レセプト記載のとおり	
③ 傷病名	レセプト記載のとおり	
④ 療養を受けた病院等の 所在地及び名称	レセプト記載のとおり	
⑤ 療養の期間	レセプト記載のとおり	
⑥ 受けた療養に対し病院等で支払った額	レセプトの記載のとおり	
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>年 月 日 世帯主 住所</p> <p>氏名</p> <p>香芝市長 様 電話</p>		
<p>上記申請により国民健康保険から給付を受ける金額の受領を 香芝市長に委任します。</p> <p>なお、申請と受領委任にあたり、以下のことを確認し、同意します。</p> <ul style="list-style-type: none"> この申請書は、高額療養費（外来年間合算を含みます。）または高額介護合算療養費を、福祉医療費が一旦立て替えた高額療養費または高額介護合算療養費（福祉医療受給者でない方を含めて世帯合算のうえ算定を行った場合を含みます。）に充当する場合に使用します。 充当してもなお高額療養費または高額介護合算療養費の支給額があり、支給を受ける場合は、別途、申請して受領します。 本書の有効期限は、年 月 診療分までです。 福祉医療助成金額の確認のため、福祉医療受給資格の状況の他福祉医療費自己負担額支明細書の情報を使用することに同意します。 <p>年 月 日</p> <p>世帯主 住所</p> <p>氏名</p> <p>福祉医療受給者本人 住所</p> <p>氏名</p>		
備考		