

福祉医療費給付申請書

年 月 日

草津町長 様

住所： 草津町大字 草津
前口

氏名： (続柄)

TEL：

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 (受給者番号)							
社会保険の名称		記号番号		被保険者名・組合員・加入者、又は世帯主名					
1. 国保 2. 協会けんぽ 3. 共済 4. 後期高齢 5. その他									
振込金融機関名		預金種目	口座番号	フリガナ					
銀行 信用 用金庫 信用 組合		普通・当座		名 義 人					
支店									
受診者氏名	診 療		保険診療 総点数	窓口徴収額 (入院時生活療養費標準負担額は除く)			交通災害 その他		
	年月	日数等		一部負担金	入院時食事療養費 標準負担額	他法による 費用徴収額			
	年	入・外・調・歯・他 日	点	円	円	円			
	月				円× 回				
*保険点数×10× 割			*決定金額				*確認		
	年	入・外・調・歯・他 日	点	円	円	円			
	月				円× 回				
*保険点数×10× 割			*決定金額				*確認		
	年	入・外・調・歯・他 日	点	円	円	円			
	月				円× 回				
*保険点数×10× 割			*決定金額				*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。									
所 在 地									
医 療 機 関 等 の 名 称									
代 表 者 氏 名									
電 話 番 号									
							印		

- (注) 1 申請書の二本線から上部は、申請者が記入してください。
 2 申請書の二本線から下部の受診者に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、当該診療内容について証明できる書類(医療機関が発行した診療明細書等)を添付した時は記入を省略できます。
 3 口座振込の場合は施行規則第12条の規定による福祉医療費支払通知書(別記様式第4号)を省略します。
 4 高額療養費や付加給付等の給付を受けた時は、各保険者の給付決定通知等についても添付してください。

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

（高額療養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）

5. 高額介護合算療養費に該当した場合

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。

年 月 日

住 所：群馬県吾妻郡草津町大字

氏 名：