

子ども

ひとり親家庭等

医療費支給申請書（請求書）



受付者
[]

福山市長 様

次のとおり申請します。

療養費・高額療養費及び付加給付金の支給額調査に同意します。

申請日	年 月 日		福山市長 様		次のとおり申請します。 療養費・高額療養費及び付加給付金の支給額調査に同意します。	
申請者	フリガナ			住所	福山市	
	名 前	印				
	生年月日	年 月 日	電話	(父・母)	— —	
受診者	名 前				受給者番号	資格期間
	生年月日	年 月 日 (歳)				年 月 日から 年 月 日まで
	保険情報	(記号)	(番号)	(被保険者)	(保険者番号)	
振込先 (※1)	(コード:)	(コード:)	普通預金	口座番号		
	銀行 農協 信用金庫 信用組合	支店 支所 出張所		名義	※カタカナで記入	

★受付する際に、必ず確認してください★

国保に療養費や高額療養費を申請中 ⇒ 国保の支給額決定後の振込となることを説明してください。(※2)

1件あたり 21,000円以上 の請求の場合	0歳児 の 誕生月	① 母と子の加入している健康保険が ⇒ <input type="checkbox"/> 同じ (②へ) <input type="checkbox"/> 異なる ② 出産時 ⇒ <input type="checkbox"/> 普通分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開等治療あり ⇒ <u>支給決定通知を添付</u>
	全年齢	③ 同月に同世帯でレセプト1件あたり21,000円以上自己負担 ⇒ <input type="checkbox"/> あり (④へ) <input type="checkbox"/> なし ④ 合算した自己負担額が自己負担限度額を ⇒ <input type="checkbox"/> 超えない <input type="checkbox"/> 超える ⇒ <u>支給決定通知を添付</u>

種別	診療年月	日数	総医療費	自己負担額	一部負担金	支給額
入外調					00	
入外調					00	
入外調					00	
入外調					00	
入外調					00	
入外調					00	
装具		0				

医療費支給申請書(請求書) (控)

問合せ先：ネウボラ推進課 (TEL084-928-1070)

振込予定日	受付日の翌月25日	〔土日祝の場合は前営業日に振込みます。 通帳には「イリョウジョセイキン」と印字されます。〕
-------	-----------	--

- ※1 記入された口座へ振込ができなかった場合は、児童手当振込口座へ再振込をします。
- ※2 福山市国保に加入されている方で、療養費（眼鏡・補装具）・高額療養費が支給される場合は、支給額確認後（2～3か月後）に支給します。
- ※3 健康保険から高額療養費や附加給付の支給の受けた場合は御連絡ください。二重に支給を受けている場合は、福山市へ返還していただきます。

