様式第６号の２

|  |
| --- |
| 福祉医療費（療養費）助成申請書 |
| 　　年　　月　　日  |
|  高 知 市 長 様 |
|  |  | 申請者　　住　所氏　名連絡先 |
|  |
|  |
|  次のとおり福祉医療費（療養費）の助成を申請します。 |
| 対象者 | フリガナ |  | 加入保険 | 記号番号 |  |
| 氏名 |  |
| 被保険者氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 保険種別 |  |
| 医療機関 |  | 受給者番号 |  |
| 認定日 | 年　　月　　日 |
| 診療月 | 年　　　　　　月分 | 有効期限 | 年　　月　　日 |
| 区分 | 外来　・　入院　・　調剤　・　歯科　・　治療用装具 |
|  この用紙は，保険医療機関等に診療金額等を一旦支払い，その後に高知市から助成を受ける場合に使います。申請は診療月ごとに次の要領によつてください。１ 療養費払い（治療用装具の購入等）の場合：保険者から通知された「療養費支給決定通知書」若しくはその写し又は保険者の証明書を添えて申請してください。２ 県内で福祉医療費受給者証を提示せずに診察を受けた場合又は県外で診察を受けた場合：保険医療機関等の領収書を添付するか，下の欄へ保険医療機関等で領収事項についての記入を受けてください。 |
| ＜医療機関等の記入欄＞ |
| 領収書 |
| 対象者 |  | 診療月 | 年　　　　　月分 |
| 保険診療合計点数 | 点 | 一部負担金領収額 | 円 |
| 保険診療分について，上記のとおり領収しました。　 年　　月　　日　　　　　　　　　保険医療機関等の所在地，名称及び代表者名　 |
| ＜高知市記入欄＞ |
| 助成内容 | 保険給付対象自己負担額 | 控除額 | 交付決定額 |
| 円 | 円 | 円 |