

福祉医療費特別給付金 支給申請書 (15歳～18歳* 入院用)

(あて先)

駒ヶ根市長 殿

年 月 日

(申請者住所) 駒ヶ根市

(申請者氏名) _____ (印)

次のとおり給付金の支給を申請します

(電話番号) _____

フリガナ		性別		生年月日	平成・令和	年	月	日
対象者氏名		男 女						

対象者の診療情報

医療機関名		診療年月	年	月	入院
-------	--	------	---	---	----

対象者の保険情報(保険証)

被保険者氏名		健康保険名		記号	
		保険者番号()		番号	

注:【保険者番号】は必ず記入して下さい。

給付金の振込先(保護者又は同一世帯者)

金融機関	銀行・金庫	支店	口座番号	普通・当座・貯蓄	フリガナ	
	信組・農協	支所			名義人氏名	
ゆうちょ銀行						

注:【ゆうちょ銀行】の場合は、通帳の記号・番号及び名義人氏名を記入して下さい。

黒枠の中を記入して下さい。

※ 注 意 事 項

1. この申請書は、中学卒業後(15歳到達後の4月1日)から18歳到達後の3月31日までのお子様が入院された時の支給申請に使用して下さい。
【有効期限:診療月の1年後の月末まで申請できます:時効1年】
(例) 診療月:H28.8 → 申請:H29.8.31まで
2. この申請書に領収書、高額療養費や付加給付の支給通知(医療費が低い場合は、該当しない場合がありますので、加入先の健康保険組合に事前にご確認下さい)を添付して、市民課へ提出して下さい。
3. 領収書は、患者名、医療機関名、診療年月日、入院と入院外の区別、総医療費、受診日数、保険診療一部自己負担金などが記載されているものを添付して下さい。【領収印必須】
4. この申請にかかる給付について、高額療養費や、医療保険各法の規定により健康保険から給付(付加給付)を受けた場合は、これを控除した金額での給付になります。また、1医療機関1ヶ月あたり500円(福祉医療費負担金)を控除して支給となりますので、ご承知おき下さい。
なお、支給後に高額療養費や付加給付の控除額が判明した場合は、その控除額分の返還を請求することがあります。
5. 給付金の支給(口座振込)は、診療月の2ヵ月後以降の月末になります。ただし、申請が遅れた場合は支給も遅くなりますので、お早めに申請して下さい。
6. 災害共済給付(学校管理下での負傷や疾病は医療費が補填されます)を受ける場合や、転出後の診療については、支給申請をしないようにご協力下さい。支給後に判明した場合は、給付金を全額返還していただきます。

駒ヶ根市

以下は記入不要(市役所処理欄)

給付月		月	給付件数	件	補助区分	市単
-----	--	---	------	---	------	----

福祉医療費特別給付金 支給申請書 (15歳～18歳※ 入院用)

記入例

(あて先)

駒ヶ根市長 殿

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

(申請者住所) 駒ヶ根市 赤須町20番1号

(申請者氏名)

駒ヶ根 太郎

印

次のとおり給付金の支給を申請します

(電話番号) 0265 - 83 - 2111

フリガナ	コマガネ ジロウ	性別		生年月日	平成・令和 年 4 月 5 日
対象者氏名	駒ヶ根 二郎	男 女			

対象者の診療情報

医療機関名	昭和伊南総合病院	診療年月	令和 17 年 8 月	入院
-------	----------	------	-------------	----

対象者の保険情報(保険証)

被保険者氏名	駒ヶ根 太郎	健康保険名	国民健康保険	記号	02
			保険者番号(200105)	番号	1234567

注:【保険者番号】は必ず記入して下さい。

給付金の振込先(保護者又は同一世帯者)

金融機関	銀行・金庫 信組・農協	支店 支所	口座 番号	普通・当座・貯蓄	フリガナ	コマガネ タロウ
				1234567	名義人氏名	駒ヶ根 太郎
ゆうちょ銀行			-	-		

注:【ゆうちょ銀行】の場合は、通帳の記号・番号及び名義人氏名を記入して下さい。

黒枠の中を記入して下さい。

※ 注 意 事 項

- この申請書は、中学卒業後(15歳到達後の4月1日)から18歳到達後の3月31日までのお子様が入院された時の支給申請に使用して下さい。
【有効期限:診療月の1年後の月末まで申請できます:時効1年】
(例)診療月:H28.8 → 申請:H29.8.31まで
- この申請書に領収書、高額療養費や付加給付の支給通知(医療費が低い場合は、該当しない場合がありますので、加入先の健康保険組合に事前にご確認下さい)を添付して、市民課へ提出して下さい。
- 領収書は、患者名、医療機関名、診療年月日、入院と入院外の区別、総医療費、受診日数、保険診療一部自己負担金などが記載されているものを添付して下さい。【領収印必須】
- この申請にかかる給付について、高額療養費や、医療保険各法の規定により健康保険から給付(付加給付)を受けた場合は、これを控除した金額での給付になります。また、1医療機関1ヶ月あたり500円(福祉医療費負担金)を控除して支給となりますので、ご承知おき下さい。
なお、支給後に高額療養費や付加給付の控除額が判明した場合は、その控除額分の返還を請求することがあります。
- 給付金の支給(口座振込)は、診療月の2ヵ月後以降の月末になります。ただし、申請が遅れた場合は支給も遅くなりますので、お早めに申請して下さい。
- 災害共済給付(学校管理下での負傷や疾病は医療費が補填されます)を受ける場合や、転出後の診療については、支給申請をしないようにご協力下さい。支給後に判明した場合は、給付金を全額返還していただきます。

駒ヶ根市

以下は記入不要(市役所処理欄)

給付月	月	給付件数	件	補助区分	市単
-----	---	------	---	------	----