

福祉医療費支給申請書
(ひとり親家庭)

年 月 日

木津川市長 宛て

住 所 木津川市

申請者 氏 名 (印)

電話番号 — —

平成 年 月分の福祉医療費の支給を申請します。
次のとおり令和 年 月

受給者番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	フリガナ 受給者氏名	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ
医療保険種別	国保	協け	共済	組健	他	生年月日	昭・平・令	年 月 日

支給については、次の金融機関に振り込んでください。

振込口座	銀行	本店	口座種別	普通・当座・その他					
	信用金庫	支店	口座番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	農協	出張所	フリガナ 口座名義人	<input type="text"/>					
<input type="checkbox"/> 前回支給時と同じ振込口座を希望する									

◆ 特定疾病療養受療証を所持していますか。 所持している 所持していない

(お願い)

- 印鑑は朱肉で捺印するものをご使用ください。(スタンプ印不可)
- 支給申請は、支払日から5年以内に行ってください。
- 申請書は、1か月ごとに作成してください。
- 必ず領収証書原本をご持参ください。領収証書に受診回数や診療報酬点数等の記載がない場合、医療機関で補記していただき、補記された領収証書を添付してください。
- 自己負担限度額を超えた場合や附加給付金の給付を受けられた場合、また補装具を作製した場合の必要書類については裏面をご参照ください。

(注意事項)

- 健康保険法及び国民健康保険法に基づき10円未満の端数について四捨五入されるため、支給額がお支払いされた金額よりも少なくなることがあります。
- ご提出いただいた領収証書は支給対象外の場合を除き返却しません。

※以下の欄は記入しないでください。

--

医療費が高額となった場合

自己負担限度額を超えてお支払いをされた場合は、先に加入の健康保険で高額療養費等の申請を行ってください。また、附加給付の給付を受けられる場合も、支給証明書等を提出してください。

- 申請書
- 領収証書
- 支給決定通知書等（高額療養費・付加給付）

◆自己負担限度額（70歳未満） ※詳細についてはお問い合わせください

所得要件(総所得金額等-33万円)	限度額	4回目以降限度額
902万円超	252,600円+(総医療費-842,000)×1%	140,100円
600万円超 901万円以下	167,400円+(総医療費-558,000円)×1%	93,000円
210万円超 600万円以下	80,100円+(総医療費-267,000円)×1%	44,400円
210万円以下	57,600円	44,400円
住民税非課税	35,400円	24,600円

◆特定疾病療養受療証を提示したお支払いの限度額（外来と調剤は合算可） 月 10,000円

補装具を作製した場合

健康保険の対象となる補装具を作製した場合、次の書類を添付してください。

- 申請書
- 領収証書
- 明細書
- 医師の診断書及び装着証明書
- 支給決定通知書（加入している健康保険から健康保険適用分の支給を受けてください）

◆9歳未満のお子さまの治療用眼鏡等の支給上限額

作成内容		支給基準価格
弱視等眼鏡	掛けめがね式	38,902円
	焦点調節式	18,974円