

様式第5号（第7条関係）

（表）

伊那市福祉医療費給付金支給申請書

令和 年 月 日

（あて先）伊那市長

申請者 住 所 _____

氏 名 _____

電 話 _____

次のとおり、領収書を添えて伊那市福祉医療費給付金の支給を申請します。

受給者	氏 名	
	生 年 月 日	年 月 日 生
	事業番号・受給者番号	—
	保 険 区 分	国保一般・退本・退扶・健保本・健保家・共済本 共済家・国保組合本・国保組合家・高齢者医療
診 療	保 険 医 療 機 関 等 名	
	診 療 年 月	年 月
	入 院 ・ 入 院 外	入 院 ・ 入院外
	日 数 等	日 (回)
	診 療 報 酬 総 点 数	点
	申請額	一 部 負 担 金

(裏)

領 収 書 添 付 欄

注 意 事 項

(この申請書を使う場合)

- 1 この申請書は、伊那市福祉医療費給付金条例第9条第1項に規定する福祉医療費給付金の支給申請を行うときに使用してください。
 - ア 長野県以外の保険医療機関等で医療給付を受けた場合
 - イ 長野県内の保険医療機関等のうち、福祉医療の自動給付方式(福祉医療費受給者証を医療機関等に提示することで支給申請に替えることができる方式)に参加していない保険医療機関等で医療給付を受けた場合

(領収書等の添付)

- 2 この申請書には次に掲げる書類のいずれかを添付してください。
 - ア 医療機関又は市において発行する一部負担金の領収書又は証明書
 - イ 長野県内の各市町村において発行する医療費助成にかかる返還金の領収書及び一部負担金の額を証する書類

(支給金額について)

- 3 この申請に係る医療給付の負担金について、高額療養費など、医療保険各法の規定により保険者が負担を行う場合は、これを控除した金額を支給します。この場合において、高額療養費等の支給決定通知書の提出や、既に支給済の給付金についての返還を求めることがあります。

【申請・問い合わせ先】

長野県伊那市役所健康推進課国保医療係

電 話 0265-78-4111 (内線) 2342・2343

住 所 〒396-8617 伊那市下新田3050番地