

記入例

◎長野県外（坂下診療所、坂下はなの木薬局、エール調剤薬局坂下店以外）の医療機関等に受診された場合、申請書を提出してください。

（例）中津川市民病院、木村眼科、かぜと耳鼻咽喉科、トーカイ薬局、名古屋大学附属病院など

◎申請書には医療機関で発行された領収書を添付してください。

領収書の中にレシートで発行する医療機関もありますが、誰が受診したもののなのか確認できません。お手数ですが、受給者のものであることを確認するため、レシートに受給者氏名、医療点数及び発行医療機関の印を押印してもらってください。

◎申請書は、月ごとに医療機関・入院外来別に記載してください。詳しくは裏面をご覧ください。

☆申請できるのは申請受付日（役場で受け付けた日）からさかのぼって1年以内の受診日のものです。

様式第3号 受付印

診療報酬明細書 (または領収書添付欄)

受診者名				年	月	診療分
1. 入院						
入院総点数	点	当月入院日数	日	入院開始日	年	月
				退院日	年	月
2. 外来						
外来総点数	点	受診科	科	受診日数	日	
外来総点数	点	受診科	科	受診日数	日	
3. 高齢者医療確保法による一部負担金						
入院	点	×	割	=	円	
外来	点	×	割	=	円	

上記のとおり証明します。

令和 年 月 日 医療機関名 印

福祉医療費給付金支給申請書

令和 年 月 日

大桑村長 宛

申請者(または保護者) 大桑村長 宛

住所 大桑村大字

名前 印

福祉医療費給付金を次のとおり申請します。

申請者記入欄	受給者氏名			加入医療保険の状況	国保(一般・退職)・後期 建国・政管・協会 組合・共済・その他
	受給者生年月日	大正・平成 昭和・令和	年 月 日		記号・番号
	受給資格者証番号				

※村記入欄

総点数	自己負担額	高額療養費	附加給付額	一部負担額	給付額	確認者
[]	× $\frac{1}{10}$ []	- []	- []	- [500]	= []	【]

医療機関で記入する欄です。
領収書がある場合は、記入していただく必要はありません。

・受給者が18歳以下の場合は、保護者が申請してください。

加入している健康保険について記入をしてください。
健康保険が変更になった場合は、必ずご連絡ください。

受給者の氏名、生年月日、受給資格者証番号を記入してください

必ず記入すること

福祉医療給付金支給申請書は、村役場窓口又は野尻地区館、子育て世代包括支援センターに置いています。また、村ホームページからもダウンロードできます。

・申請書は、1か月ごとに1医療機関（入院外来別）1枚の提出になります。

例えば…

12月に〇〇病院を2回受診し、△△薬局で薬を2回受領した
→ 〇〇病院分1枚、△△薬局分1枚で合計2枚が必要です。



8月に〇〇病院、□□医院に受診し、△△薬局で薬を受領した
→ 〇〇病院分1枚、□□医院分1枚、△△薬局分2枚の合計4枚が必要です。
※同一薬局でも処方された病院が異なる場合は病院ごとの申請が必要です。



10月に〇〇病院の内科に外来で受診し、同月に入院もした
→ 外来と入院ごとの申請になるため、2枚が必要です。(月をまたがり入院した場合は3枚必要)

