

神福 証明書 (記入例)

神福 証明書

年 月分の医療福祉費申請書を下記のとおり提出します。
 なお、申請書の記載は、申請欄を除き当医療機関等によるものであることを証明します。

令和 年 月 日
 茨城県神栖市長 殿

神栖市溝口〇〇番地〇
 神栖市クリニック
 開設者氏名 神栖太郎 印
 ※押印は、署名(自筆)の場合必要ありません。 0299-90-1143

区 分	提出件数
医療福祉費償還払支給申請書(黄色)	件
妊産婦医療福祉費支給申請書(紫色)	件
合 計	件

様式第9号の2 (第9条関係)

決	市長	課長	係長	課員	受付	年 月 日
					調 査	年 月 日
					決 定	年 月 日
支 給 内 訳	自己負担額(老人負担 額) ①				円	左のとおり決定して よろしいか。
	支給申請額(徴収金額-①) ②				円	
	高額療養費 ③				円	
	付加給付額 ④				円	
	差引支給額 ①-(②+③)				円	起 案 者

医療機関コード

有効期限 令和 年 月診療分まで

神福 医療福祉費償還払支給申請書
(月診療分)

(神福)受給者証記号	茨99-049 123456	受給者名	男 女
証記号		生年月日	昭和 年 月 日
被保険者証記号番号		保険種別	国・退・協・組・船・共・国組
本人・家族区分		保険者番号	

保険請求点数	点	公費負担等	円	精・結	円	患者負担	3 割	円	外来・入院の別	円
				訪問看護		別 合			外 入	来 院
				特定疾患		金 額			訪 問 看 護	
				長期高額吹病						

診療実日数 日 徴収金額 円

訪問日 (訪問看護) 日(.)

医療機関等明細
 上記のとおりその費用を領収しました。
 なお、上記の内容についてはレシート原本と相違ありません。神栖市溝口〇〇番地〇
 令和 年 月 日 神栖市クリニック
 開設者氏名 神栖太郎
 電話番号 0299-90-1143

一部負担金2万1千円以上支払った家族の有無 有・無

申請欄
 上記のとおり医療福祉費の支給を申請します。
 令和 年 月 日
 神栖市長 殿 受給者氏名 印

省略可

※注 ① 神栖市、鹿嶋市及び筑前市内の保険医療機関等では、証明手数料はかかりません。
 ② この申請書は、神栖市、鹿嶋市及び筑前市内の保険医療機関等を利用した場合に限り使用できます。
 ③ 申請書には、必ず氏名を記入してください。

※省略できるのは、押印のみです。
医療機関情報は記載していただく。