

福島市子ども医療費・重度心身障がい者医療費 【助成事務マニュアル（柔道整復用）】

《 目 次 》

0	はじめに	1
1	受給対象者	1
2	受給資格者証の見方	2
3	助成額	3
4	現物給付による助成対象となる療養費	3
5	協力施術所の登録・変更	4
6	療養費の請求及支払方法	4
7	「子ども医療費請求書」記入の仕方 「重度心身障がい者医療費請求書」記入の仕方	6
8	「子ども医療費（連記式）明細書」記入の仕方 「重度心身障がい者医療費（連記式）明細書」記入の仕方	9
9	「子ども医療費助成金決定通知書」について 「重度心身障がい者医療費助成金決定通知書」について	13
10	各種様式について	13

お問い合わせ先：福島市役所共生社会推進課医療助成係
電話：024-525-3747（直通）
FAX：024-535-7970

0 はじめに

福島市では、子ども医療費及び重度心身障がい者医療費助成事業において、令和4年1月1日以降の柔道整復師等（柔道整復師、はり師、きゅう師、あん摩マッサージ指圧師）の施術に係る療養費（以下、「療養費」という。）の助成について、一部、現物給付として取り扱うことといたしました。

本助成事務マニュアルについては、各協力施術所における療養費の助成及び請求方法等に係る事務の詳細について記載しておりますので、必ずご確認の上、ご対応くださるようお願いいたします。

1 受給対象者

(1) 子ども医療費助成制度

福島市内に住所があり、医療保険各法による被保険者又は被扶養者で、0歳～18歳（18歳に達する日以後の最初の3月31日まで）の子どもが対象となります。

※生活保護法の適用者は除きます。

子ども医療費受給資格の登録手続きをしていないと助成は受けられません。
必ず「子ども医療費受給資格者証」の所持を確認してください。

(2) 重度心身障がい者医療費助成制度

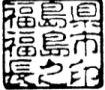
原則として福島市内に住所があり（住所地特例あり）、医療保険各法による被保険者又は被扶養者で、以下のいずれかに該当する方が対象となります。

- 1級または2級の身体障害者手帳所持者
- 3級内部障害の身体障害者手帳所持者
（心臓・腎臓・呼吸器・ぼうこう・直腸・小腸・肝臓もしくは免疫の機能障害に限る）
- 療育手帳 A の所持者
- 療育手帳 B の所持者であり、かつ身体障害者手帳の所持者
- 1級の精神障害者保健福祉手帳所持者
- 2級・3級の精神障害者保健福祉手帳所持者であり、かつ身体障害者手帳又は療育手帳の所持者

※生活保護法の適用者及び子ども医療費助成の受給者は除きます。

障害者手帳や療育手帳を所持していても、重度心身障がい者医療費受給資格の登録手続きをしていないと助成は受けられません。
必ず「重度心身障がい者医療費受給資格者証」の所持を確認してください。

2 受給資格者証の見方

福島市子ども医療費受給資格者証			
受給資格者番号	①		
受給資格者氏名 (保護者)	②	性別	
対象者 (子ども)	氏名	性別	
	住所	③	
	生年月日		
有効期間	④		
	⑤		
発行機関 名及び印	福島市長 		
交付年月日			

重度心身障がい者医療費受給資格者証			
受給資格者番号	- ①		
受給資格者	氏名	性別	
	住所	②	
	生年月日	年	月 日
有効期間	③		
	④		
発行機関名 及び印	福島市長		
備考	⑤		
交付年月日			

【子ども医療費受給資格者証】

①受給資格者番号	6桁で構成しています。
②受給資格者氏名	ほとんどの場合は被保険者又は組合員ですが、その方が福島市内に住所がない場合は配偶者等となります。
③対象者(子ども)	受給対象の子どもの氏名・生年月日等です。
④有効期間の始期	この日から子ども医療費助成の受給資格を有します。 この日より前の診療は助成対象外です。
⑤有効期間の終期	この日で子ども医療費助成の受給資格が終了します。 この日を過ぎた受給者資格者証は使用できません。 ※途中で福島市から転出した場合には、この日以前であっても転出日以降は助成対象外です。

【重度心身障がい者医療費受給資格者証】

①受給資格者番号	2桁－4桁で構成しています。
②受給資格者	受給資格者の氏名・生年月日等です。
③有効期間の始期	この日から重度心身障がい者医療費受給資格を有します。 この日より前の診療は助成対象外です。
④有効期間の終期	この日で重度心身障がい者医療費助成の受給資格が終了します。 この日を過ぎた受給資格者証は使用できません。
⑤備考	<u>償還払</u> の記載がある受給者は現物給付の対象外です。 <u>精神疾病による入院は助成対象外</u> の記載がある受給者の精神疾患による入院は助成対象外です。

※受給資格者証は毎年7月末に更新されます。

※65歳に到達する方の有効期間は65歳の誕生日前日までとなっています。

後期高齢者医療制度の加入を確認するための更新手続きを行います。

※精神手帳で登録されている方は、精神手帳の有効期間が重度医療の有効期間となります。資格を継続させるためには更新の手続きが必要となります。

3 助成額

(1) 子ども医療費助成制度

- ・ 保険診療による一部負担金
(小学校就学前は総医療費の2割、小学生以上は3割)
- ・ 入院時食事療養費定額負担金

(2) 重度心身障がい者医療費助成制度

- ・ 保険診療による一部負担金
(入院時食事療養費定額負担金、介護保険に該当するものは対象外)

※高額療養費及び家族療養費付加金の支給がある場合は差し引いて助成します。

※保険診療外のもの（初診時の特定療養費、検診、予防接種、薬の容器代、差額ベッド代、証明手数料、病衣代等）は対象外です。

4 現物給付による助成対象となる療養費

(1) 子ども医療費助成制度

現物給付による助成対象となる療養費については、福島市国民健康保険以外の健康保険（社会保険等）に加入している子ども医療費の受給資格者が、福島市及び県北地域の協力施術所において支払った1か月の療養費の自己負担額が21,000円未満のものとなります。

1か月の療養費の自己負担額が21,000円を超える場合、及び協力施術所以外の施術所において支払った療養費については、これまで同様、助成申請による償還払いとなります。

福島市国民健康保険の加入者については、県内の施術所において支払った療養費は、金額に関わらず、これまで同様、現物給付の取扱い（福島県国民健康保険団体連合会に請求）となります。

(2) 重度心身障がい者医療費助成制度

現物給付による助成対象となる療養費については、福島市国民健康保険及び福島県後期高齢者医療制度以外の健康保険（社会保険等）に加入している重度心身障がい者医療費の受給資格者が、福島市及び県北地域の協力施術所において支払った1か月の療養費の自己負担額が21,000円未満のものとなります。

1か月の療養費の自己負担額が21,000円を超える場合、及び協力施術所以外の施術所において支払った療養費については、これまで同様、助成申請による償還払いとなります。

福島市国民健康保険及び福島県後期高齢者医療制度の加入者については、福島市及び県北地域の協力施術所において支払うべき療養費は、金額に関わらず、現物給付の取扱いとなります。ただし、福島市国民健康保険の加入者で1か月の療養費の自己負担額が21,000円を超える場合には、療養費の請求の際に「国民健康保険高額療養費支給申請書」の添付が必要となります。

【現物給付と償還払いの取扱い等一覧】

医療費助成区分	保険種別	施術所区分	療養費自己負担額	現物給付	償還払い
子ども医療費	社保等	協力施術所	21,000円未満	○	
			21,000円以上		○
	国保	協力施術所以外	金額に関わらず		○
			金額に関わらず	○※1	○※2
重度心身障がい者医療費	社保等	協力施術所	21,000円未満	○	
			21,000円以上		○
	国保	協力施術所以外	金額に関わらず		○
			金額に関わらず	○※3	○
	後期高齢	協力施術所	金額に関わらず	○	
			金額に関わらず		○

※1 福島県国民健康保険団体連合会に請求 ※2 福島市国保年金課に申請

※3 21,000円を超える場合には「国民健康保険高額療養費支給申請書」を添付

5 協力施術所の登録・変更

福島市及び県北地域の施術所で、福島市子ども医療費及び重度心身障がい者医療費助成事業に協力可能な場合、「福島市医療費助成協力施術所登録申請書兼内容変更届出書」を市に提出し、協力施術所としての登録を受けます。

毎月10日までに登録申請書を受理したものは翌月1日から、11日以降に登録申請書を受理したものは翌々月1日から、現物給付による助成対象として取り扱うこととし、市から関係書類を送付します。

なお、登録内容に変更が生じた場合は、速やかに「内容変更届出書」を市に提出してください。

6 療養費の請求及び支払方法

協力施術所からの療養費の請求については、子ども医療費及び重度心身障がい者医療費ごとに、受給資格者ごとの療養費を1か月分まとめて「連記式明細書」に記入し、翌月10日までに「医療費請求書」及び「連記式明細書」を市に提出してください。

福島市国民健康保険の1件21,000円以上の請求がある場合には、「国民健康保険高額療養費支給申請書」の添付が必要となります。

市は、請求内容等の確認及び審査の上、翌々月末に指定口座に療養費を振り込むとともに「助成金決定通知書」を送付します。

過誤返戻分の取扱いについては、以下のとおりとします。

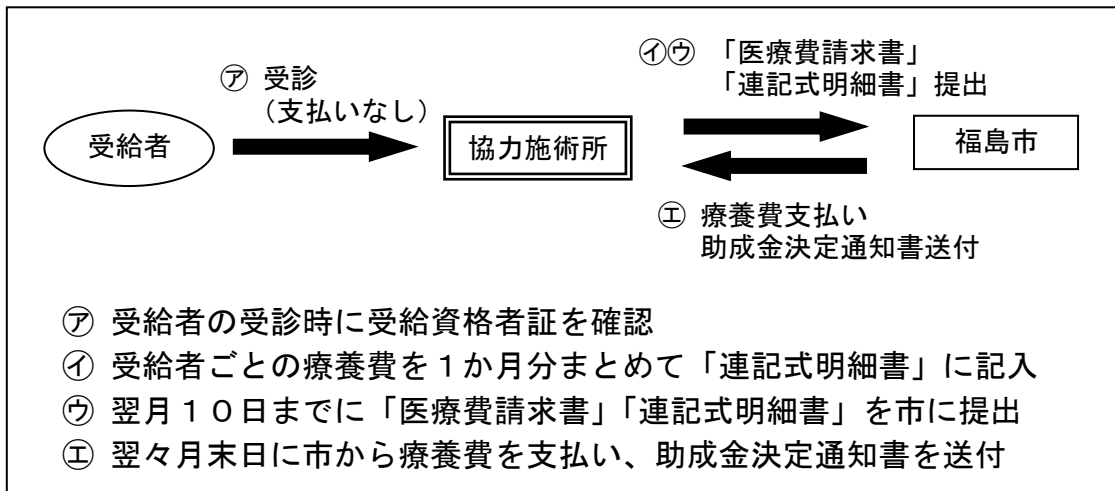
- ①当該請求月における過誤返戻分については、療養費の振込は行わず、「過誤報告内訳書」を送付し再請求を依頼します。
- ②協力施術所からの過誤返戻依頼書等による支払済療養費に係る過誤返戻分については、当該請求月の支払予定療養費との過誤調整（相殺）を行った上で、療養費の振込を行います。なお、過誤返戻分が支払予定療養費を上回る場合は、納付書により返納を依頼します。

【現物給付の請求先等一覧】

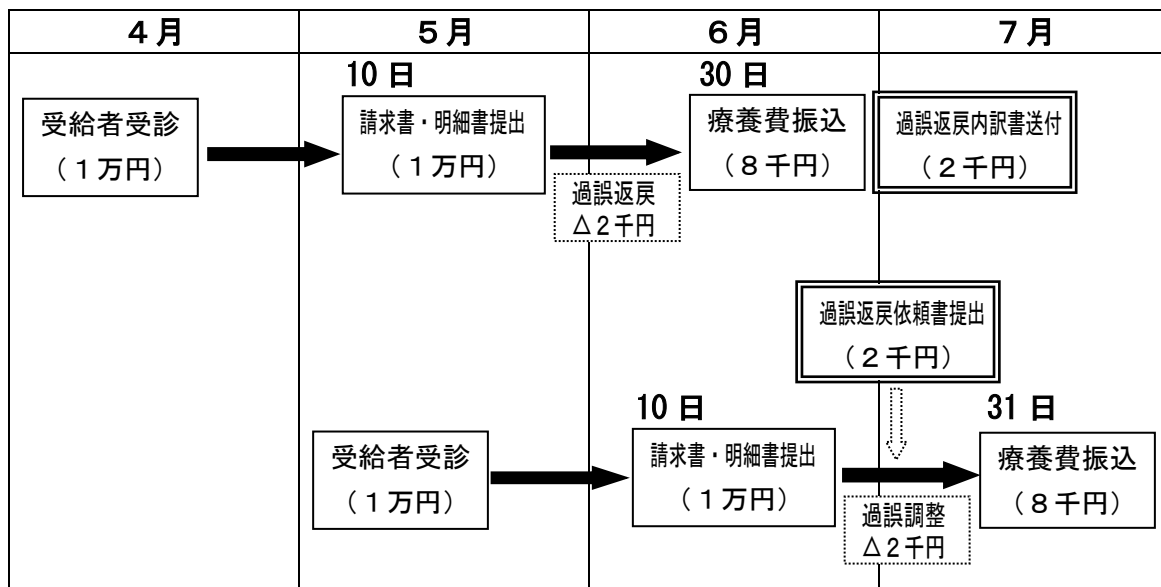
医療費助成区分	保険種別	施術所区分	療養費自己負担額	現物給付請求先
子ども医療費	社保等	協力施術所	21,000円未満	福島市共生社会推進課
	国保	県内の施術所	金額に関わらず	福島県国保連合会
重度心身障がい者医療費	社保等	協力施術所	21,000円未満	福島市共生社会推進課
	国保	協力施術所	金額に関わらず※1	
	後期高齢	協力施術所	金額に関わらず	

※1 1件21,000円以上の請求がある場合には「国民健康保険高額療養費支給申請書」を添付

【療養費の請求と支払いの流れ】



【過誤返戻・過誤調整の流れ (例)】



《留意事項》

- ・受給者証番号、生年月日、医療保険者番号、一部負担金額の誤りはすべて過誤返戻となります。
- ・金額の誤りを調整した請求はできません。

7 「子ども医療費請求書」「重度心身障がい者医療費請求書」記入の仕方

(1) 子ども医療費請求書

- ① 識別 手書きの場合は「空欄」、電算出力の場合は「1」を記入して下さい。
- ② 診療月 提出する明細書の主な診療月を記入して下さい。
※診療月ごとに請求書及び明細書を分けしないで下さい。
- ③ 医療機関コード 県番号（07）を除いた協定番号又は契約番号、登録記号番号を記入して下さい。
- ④ 保険医療機関等 保険医療機関等の所在地及び名称、電話番号、開設者氏名又は施術管理者氏名を記入して下さい。
※押印は不要です。
- ⑤ 年月日 市に提出する日付を記入して下さい。
- ⑥ 明細書枚数 提出する明細書の総枚数を記入して下さい。
- ⑦ 件数 提出する明細書の総件数を記入して下さい。
- ⑧ 総点数 記入不要です。
- ⑨ 請求額 提出する明細書の一部負担金の総合計を記入して下さい。 ※「食事療養費標準負担額」は記入不要です。

(2) 重度心身障がい者医療費請求書

- ① 診療月 提出する明細書の主な診療月を記入して下さい。
※診療月ごとに請求書及び明細書を分けしないで下さい。
- ② 医療機関コード 県番号（07）を除いた協定番号又は契約番号、登録記号番号を記入して下さい。
- ③ 保険医療機関等 保険医療機関等の所在地及び名称、電話番号、開設者氏名又は施術管理者氏名を記入して下さい。
※押印は不要です。
- ④ 年月日 市に提出する日付を記入して下さい。
- ⑤ 明細書枚数 提出する明細書の総枚数を記入して下さい。
- ⑥ 件数 提出する明細書の総件数を記入して下さい。
- ⑦ 総点数 記入不要です。
- ⑧ 請求額 提出する明細書の一部負担金の総合計を記入して下さい。
- ⑨ 送達書類 国保高額療養費支給申請書（※1）の送達枚数を記入して下さい。

※1 福島市国民健康保険加入者の請求が1件21,000円以上の場合には必ず添付して下さい。

※「医療費請求書」は1施術所で月1枚とし、診療月ごとには分けしないでください。

※「医療費請求書」は明細書の枚数や件数の確認に使用します。各明細書の小計金額と請求書の総金額が異なっている場合は、明細書を優先します。各明細書の小計金額が、一つ一つの明細を積み上げた金額と異なっている場合は、明細を積み上げた金額に訂正させていただきます。

福島市長

②
 年

 月 分子ども医療費請求書

社 保 等 用	市 町 村 番 号	県 番 号	医 療 機 関 コー ド
	0 7 0 0 1 1	0 7	③

保険医療機関等の
 所在地及び名称
 電話番号
 開設者氏名

④

〒

下記のとおり請求する。

年 ⑤ 月 日

明 細 書 枚 数 <small>枚</small>	件 数 <small>件</small>	総 点 数 <small>点</small>	請 求 額	
			一 部 負 担 金 <small>円</small>	食 事 療 養 費 標 準 負 担 額 <small>円</small>
⑥	⑦	⑧	⑨	

福島市長

年①月分 重度心身障がい者医療費請求書

市町村番号					県番号		医療機関コード							
0	7	0	0	1	1	0	7							

保険医療機関等の
所在地及び名称
電話番号
開設者氏名



下記のとおり請求する。
年 月 日

区分	明細書枚数	件数	総点数	請求額	送達書類	
合計	枚	件	点	一部負担金	国保高額療養費支給申請書	精神障害者の入院に係る証明書
				円	枚	枚
【内訳】						
①国保	枚	件	点	円	枚	枚
②後期高齢	枚	件	点	円		枚
③社保等	枚	件	点	円		枚

※ご注意ください。

①国民健康保険分については、1件21,000円以上の請求の場合には「高額療養費支給申請書」を必ず添付ください。

③社保等については、1件21,000円以上の請求はできません。

8 「子ども医療費（連記式）明細書」
「重度心身障がい者医療費（連記式）明細書」記入の仕方

- ・ A I - O C Rにより機械で読み取り処理しますので、数字や文字は所定の位置に大きくはっきりと記入して下さい。
- ・ パソコン等では作成せず、市所定の様式に記入して下さい。

(1) 子ども医療費（連記式）明細書

- ① 識別 手書きの場合は「空欄」、電算出力の場合は「1」を記入して下さい。
- ② 診療年月 提出する明細書の主な診療月を記入して下さい。
(例：11月提出分→10月分)
※診療月ごとに明細書を分けしないで下さい。
- ③ 医療機関コード 県番号(07)を除いた協定番号又は契約番号、登録記号番号の数字のみ記入して下さい。
- ④ 保険医療機関等 保険医療機関等の所在地及び名称、電話番号、開設者氏名又は施術管理者氏名を記入して下さい。
- ⑤ No. 明細書の枚数を右づめで記入して下さい。
- ⑥ 受給者証番号 受給者証のとおり「6桁」で記入して下さい。
- ⑦ 性別 記入不要です。
- ⑧ 生年月日 元号には平成→4、令和→5を、年月日にはそれぞれ2桁の数字を記入して下さい。
(令和3年1月23日生まれの場合：5030123)
- ⑨ 診療年月 診療年月にはそれぞれ2桁の数字を記入して下さい。
(令和4年1月診療の場合：0401)
- ⑩ 診療日数 記入不要です。
- ⑪ 点数 記入不要です。
- ⑫ 一部負担金 受給者が本来負担する保険診療の一部負担金の額を右づめで記入して下さい。
- ⑬ 食事回数 記入不要です。
- ⑭ 標準負担額 記入不要です。
- ⑮ 受給者氏名 受給者氏名をカタカナで記入して下さい。
- ⑯ 医療保険者番号 健康保険証に記載の医療保険者番号を右づめで記入して下さい。
- ⑰ 診療科 記入不要です。
- ⑱ 入外 記入不要です。
- ⑲ 公費法別 公費が適用された場合のみ法別番号を記入して下さい。
- ⑳ ○長(Ⓞ) 長期特定疾病適用の場合のみ「1」を記入して下さい。
備考 診療日を記入してください。(例：診療日 4/1,11,21)
連絡事項があれば記入して下さい。(例：※月遅れ分)
- 小計 明細書1枚ごとの合計を記入して下さい。

(2) 重度心身障がい者医療費（連記式）明細書

- ①診療年月 提出する明細書の主な診療月を記入して下さい。
(例：1 1月提出分→1 0月分)
※診療月ごとに明細書を分けしないで下さい。
- ②加入保険 加入保険にを記入して下さい。
※加入保険ごとに必ず明細書を分けて下さい。
(1枚の明細書に加入保険が異なるものが混在しないようにして下さい。)
- ③医療機関コード 県番号(07)を除いた協定番号又は契約番号、登録記号番号の数字のみ記入して下さい。
- ④保険医療機関等 保険医療機関等の所在地及び名称、電話番号、開設者氏名又は施術管理者氏名を記入して下さい。
- ⑤No. 何枚目の明細書か記入して下さい。
- ⑥受給資格者証番号 受給者証のとおり「2桁-4桁」で記入して下さい。
※受給者証を必ず確認して下さい。
- ⑦受給者カナ氏名 受給者氏名をカタカナで記入して下さい。
- ⑧性別 男→1、女→2を記入して下さい。
- ⑨生年月日 元号には大正→2、昭和→3、平成→4、令和→5を、年月日にはそれぞれ2桁の数字を記入して下さい。
(平成3年1月23日生まれの場合：4030123)
- ⑩医療保険者番号 健康保険証に記載の医療保険者番号を右づめで記入して下さい。
- ⑪本・家 健康保険証の被保険者本人→1、家族→2を記入して下さい。
- ⑫診療年月 診療年月にはそれぞれ2桁の数字を記入して下さい。
(令和4年1月診療の場合：0401)
- ⑬診療科 **記入不要**です。
- ⑭入外 **記入不要**です。
- ⑮公費法別 公費が適用された場合のみ法別番号を記入して下さい。
- ⑯ $\text{\textcircled{E}}$ 長期特定疾病適用の場合のみ「1」を記入して下さい。
- ⑰診療日数 1か月の診療日数を記入して下さい。
- ⑱点数 **記入不要**です。
- ⑲一部負担金 受給者が本来負担する保険診療の一部負担金の額を記入して下さい。
- 備考 **診療日を記入**してください。(例：診療日 4/1,11,21)
連絡事項があれば記入して下さい。(例：※月遅れ分)

福島市長

② 年 ① 月分 重度心身障がい者医療費(連記式)明細書

保険医療機関等の
所在地及び名称
電話番号
開設者氏名

いずれかに✓をつけてください。
※必ず用紙を分けて記入ください。

- 国民健康保険
- 後期高齢
- 社保等

市町村番号					県番号		医療機関コード				
0	7	0	0	1	1	0	7				③

受給資格者証番号	受給者カナ氏名 (カナ氏名のみ記入)	※① 性別	※② 生年月日				医療保険者番号	※③ 本・家	診療年月		※④ 診療科	※⑤ 入外	※⑥ 公費法別	※⑦ Ⓛ	診療 日数	点数	請求額		備考
			年号	年	月	日			年	月							一部負担金	円	
-															日	点	円		
-															日	点	円		
-															日	点	円		
-															日	点	円		
-															日	点	円		
-															日	点	円		
-															日	点	円		
-															日	点	円		
-															日	点	円		
-															日	点	円		
-															日	点	円		
-															日	点	円		
-															日	点	円		
-															日	点	円		
-															日	点	円		
-															日	点	円		

〈記載コードの説明〉

- ① 性別：男→1 女→2
- ② 生年号：明治→1 大正→2 昭和→3 平成→4
- ③ 本・家：本人→1 家族→2
- ④ 診療科：旧総合病院の診療科を明細書の記載要領に準じて記載
- ⑤ 入外：入院→1 入院外→2
- ⑥ 公費法別：法別番号を記入
- ⑦ Ⓛ：該当→1 非該当→空白

9 「子ども医療費助成金決定通知書」について

「重度心身障がい者医療費助成金決定通知書」について

協力施術所からの療養費（医療費助成金）の請求分については、市において請求内容の確認及び審査を行った上で、毎月10日までに請求書類の送達があったものは当該請求月の翌月末日（11日以降に請求書類の送達があったものは翌々月末日）に指定口座に療養費を振り込むとともに、「助成金決定通知書」を送付いたします。

なお、次の場合においては、過誤調整（相殺）等を行います。 ※再掲

- ① 当該請求月における過誤返戻分については、療養費の振込は行わず、「過誤報告内訳書」を送付し再請求を依頼します。
- ② 協力施術所からの過誤返戻依頼書等による支払済療養費に係る過誤返戻分については、当該請求月の支払予定療養費との過誤調整（相殺）を行った上で、療養費の振込を行います。なお、過誤返戻分が支払予定療養費を上回る場合は、納付書により返納を依頼します。

10 各種様式について

(1) 「福島市医療費助成協力施術所登録申請書兼内容変更届出書」

福島市及び県北地域の施術所で、福島市子ども医療費及び重度心身障がい者医療費助成事業に協力可能な場合、「福島市医療費助成協力施術所登録申請書兼内容変更届出書」を市に提出し、協力施術所としての登録を受けます。

毎月10日までに登録申請書を受理したものは翌月1日から、11日以降に登録申請書を受理したものは翌々月1日から、現物給付による助成対象として取り扱うこととし、市から関係書類を送付します。

なお、登録内容に変更が生じた場合は、速やかに「内容変更届出書」を市に提出してください。

(2) 「子ども医療費過誤返戻依頼書」

「重度心身障がい者医療費過誤返戻依頼書」

支払（請求）済療養費に係る請求金額等に誤りがあった場合には、「過誤返戻依頼書」を市に提出して下さい。

支払済療養費に係る過誤返戻分については、当該請求月の支払予定療養費との過誤調整（相殺）を行った上で、療養費の振込を行います。なお、過誤返戻分が支払予定療養費を上回る場合は、納付書により返納を依頼します。

(3) 「国民健康保険高額療養費支給申請書」 ※重度医療のみ

福島市国民健康保険に加入している重度心身障がい者医療費助成受給者で1か月の療養費の自己負担額が21,000円を超える場合には、療養費の請求の際に「国民健康保険高額療養費支給申請書」の添付が必要となります。

該当する場合は、療養費の請求書及び連記式明細書と併せて市に提出して下さい。

柔道整復用

福島市医療費助成協力施術所 登録申請書 兼 内容変更届出書
(子ども医療費助成・重度心身障がい者医療費助成)

令和 年 月 日

福島市長

保険医療機関等の

所在地及び名称

電 話 番 号

施術管理者氏名

登録申請

内容変更届出【 名称 ・ 所在地 ・ 施術管理者氏名 ・ 振込口座 ・ その他 】

協定・契約番号 登録記号番号	0	7							-		-
(フリガナ) 名 称	()										
所 在 地	〒 —										
電 話 番 号	電話： — —		(内線：)		FAX： — —						
開設者氏名											
施術管理者氏名											
振 込 口 座 (※1)	金融機関名・支店名				口座番号			口座名義 (カナ)			
	銀行	店			普通・当座						
	金庫	支店									
	組合	出張所									
	農協										
柔道整復師会 加盟の有無	公益社団法人福島県柔道整復師会に				<input type="checkbox"/> 加盟している <input type="checkbox"/> 加盟していない						

【 備考 】

※1 振込口座の通帳の写しを添付して下さい。

重度心身障がい者医療費 過誤返戻依頼書

令和 年 月 日

福島市長

医療機関コード

保険医療機関等の
所在地及び名称
開設者氏名

(電話 ー ー)

下記理由により、過誤返戻を依頼します。

受給者 番号	ー	フリガナ		明大昭平 ・ ・ 生
		受給者氏名		

	請求年月	診療年月	区分 入・外	診療科	請求点数	請求金額
①	年 月	年 月	入・外		点	円
②	年 月	年 月	入・外		点	円
③	年 月	年 月	入・外		点	円
④	年 月	年 月	入・外		点	円
⑤	年 月	年 月	入・外		点	円

理由

受給資格者番号 -

重度心身障がい者
医療費助成

国民健康保険高額療養費支給申請書

令和 年 月 日

福島市長

住所 福島市

世帯主 氏名 (印)

(電話 -)

次のとおり申請します。

(平成・令和 年 月診療分)

同月診療世帯合算

有・無

① 被保険者証記号番号	島 1	② 療養を受けた者の氏名	昭和 年 月 日生 平成
③ 被保険者区分	1 一般 2 退職者本人 3 退職者被扶養者		
④ 傷病名	診療報酬明細書のとおり	傷病原因	1 第三者行為・労働災害等 2 その他
⑤ 病院・診療所薬局等の名称所在地	名 称		
	所 在 地		
⑥ ⑤の病院等で療養を受けた期間	平成 年 月 日から 日まで 日間 令和		
⑦ ⑥の区分	1 入院 2 外来 3 院外処方箋		
⑧ ⑥の期間中に病院等に支払った金額(外来時の薬剤の一部負担金を含む。)			円
備考			

本請求に基づく給付金の受領に関する権限を福島市長に委任します。

令和 年 月 日

世帯主 住 所
氏 名

(印)

受給資格者番号 -

重度心身障がい者
医療費助成

国民健康保険高額療養費支給申請書

令和 元年 6月10日

福島市長

記載例

住所 福島市 五老内町1-1
世帯主 氏名 福島 一郎 (印) 福島
(電話 525-3747)

次のとおり申請します。

(平成・令和) 元年 5月診療分)		同月診療世帯合算	有・無
① 被保険者証 記号番号	島1 3747	② 療養を受けた 者の氏名	福島 太郎 昭和25年4月5日生
③ 被保険者区分	1 一般	2 退職者本人	3 退職者被扶養者
④ 傷病名	診療報酬明細書のとおり	傷病原因	1 第三者行為・労働災害等 2 その他
⑤ 病院・診療所 薬局等の名称 所在地	名 称 所 在 地	福島市病院 福島市 五老内町3-1	
⑥ ⑤の病院等で療 養を受けた期間	平成 令和	元年 5月20日から 29日まで	10日間
⑦ ⑥の区分	1 入院	2 外来	3 院外処方箋
⑧ ⑥の期間中に病院等に支払った金額 (外来時の薬剤の一部負担金を含む。)	155,000 円		
備 考			

本請求に基づく給付金の受領に関する権限を福島市長に委任します。

令和 元年 5月30日

世帯主 住 所 福島市 五老内町1-1
氏 名 福島 一郎

(印) 福島