

# 福祉医療費支給申請に係る付帯事項確認書

医療を受けた者の氏名、保険区分、受給者番号等

氏 名		医療 保険 区分	・被用者保険（本人・家族） ・組合物保 ・市国保（一般 退（本人・家族））	対象区分番号					
			・後期高齢者医療	受給者番号					

医療を受けた病院、診療所、 薬局その他の名称（氏名）	病院等の名称	
-------------------------------	--------	--

診 療 区 分	令和 年 月診療分（医科入院・医科外来・歯科入院・歯科外来・調剤）
---------	-----------------------------------

高額療養費限度額に係る所得区分		附加給付金の有無	有 ・ 無
同じ被用者保険に加入している 同じ世帯の者が、同月に医療を 受けているか （その者が70歳未満の場合は、 同一の医療機関で21,000円 以上の自己負担があった場合に 限る）	有 ・ 無	公費負担医療等 他の医療費助成の有無	有 ・ 無
		過去12月以内に 高額療養費の支給が 3回以上あったか  ※不明の場合は保険者に 確認の上、記入してくだ さい。	有 ・ 無

上記のとおり福祉医療費の支給審査に係る事項について、届け出ます。

なお、申請にあたり、私の加入している被用者保険に係る被保険者及び被扶養者の課税状況の閲覧を認めます。

また、本申請後に病院等から返金があった場合や、私の加入している被用者保険から給付金があった場合など、上記に変更があった場合は、市に届け出ます。

令和 年 月 日

湯沢市長 様

申請者 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_