

子ども
重度障がい者
ひとり親家庭等

[該当欄を○印
で囲むこと。]

保険給付証明申請書

被保険者 記号番号	被保険者 (組合員) 氏名	対象者 (診療を受けた者) 氏名
		大・昭・平・令 年 月 日生まれ
診療を受けた年月	診 療 の 種 類	病院等の名称・所在地
平成・令和 年 月	入・外・歯・薬・柔整・ はり灸・あんま・マッサージ・ 治療用装具・訪問看護・移送	

標記については、福岡市の(子ども・重度障がい者・ひとり親家庭等)医療費の払い戻しの申請のために必要ですので、
該当の診療に対する給付金の支給について、下記様式により証明してください。

令和 年 月 日 住 所

保険者 様 被保険者 (組合員) 氏 名 印

保 険 給 付 証 明 書

被保険者 (組合員) 記号番号		被保険者 (組合員) 氏 名	
対 象 者 氏 名 (診療を受けた者)	(年 月 日生)	※	※
診 療 内 容	入・外・歯・薬・柔整・ はり灸・あんま・マッサージ・ 治療用装具・訪問看護・移送	※	※
診療年月(診療実日数)	平成・令和 年 月 (日)	※	※
病 院 な ど の 名 称 ・ 所 在 地		※	※
① 医 療 費 総 額 (総医療点数×10)	円	※ 円	※ 円
② 他 法 負 担 額 (公費分点数×10)	法別番号 円	※ 円	※ 円
費用徴収額	円	※ 円	※ 円
③ 保 険 者 額	イ. 一般負担額 円	※ 円	※ 円
	ロ. 高額療養費 円		
	ハ. 附加給付額 円		

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日 保 険 者

印

被保険者(組合員)の皆様へ

「保険給付証明書」の提出について(お願い)

福岡市の医療費の払い戻しのために、あなたが加入している健康保険の「保険給付証明書」が必要です。

裏面の「保険給付証明申請書」に払い戻しを受けようとする診療を記入し、あなたが加入している健康保険の保険者の証明を受けて、お住まいの区役所(出張所)の保険年金担当課へ提出してください。

(証明の受け方については、お勤めの会社または事業所にお尋ねください。)

なお、ご不明な点があるときは、下記の保険年金担当課へお問い合わせください。

各区役所(出張所)保険年金担当課の電話番号

東区保険年金課	☎ 092-645-1101	博多区保険年金課	☎ 092-419-1117	中央区保険年金課	☎ 092-718-1123
南区保険年金課	☎ 092-559-5151	城南区保険年金課	☎ 092-833-4121	早良区保険年金課	☎ 092-833-4371
早良区入部出張所保険・福祉係	☎ 092-804-2014	西区保険年金課	☎ 092-895-7089	西区西部出張所給付係	☎ 092-806-9433

保 険 者 各 位 (裏面の「保険給付証明書」は、下記の要領にて記入してください。)

「保険給付証明書」の記入のしかた

- 診療月毎に証明してください。
(注)装具等の療養費も、1か月(1件)につき1枚証明してください。
- 同月に本人、または家族の診療で、合算高額療養費、附加給付(家族療養附加給付金)の給付対象となるものがある場合は、対象となる医療費を※印欄に記入してください。
- 給付額欄のうち、該当する額がない場合は、0円と記入してください。
- 誤って記入した場合は、公印にて訂正印を押したうえ、訂正してください。

[記入項目の説明]

- ① 医療費総額
レセプトの総医療点数の10倍の金額を記入してください。
- ② 他法負担額
法律に基づく公費負担医療(例:障害者総合支援法による更生医療等)が行われた場合に、レセプトの公費分点数の10倍の金額を記入してください。
なお、費用徴収がある場合には「費用徴収額」欄にその額を記入してください。
- ③ 保険者負担額
 - イ. 一般負担額
医療費総額(食事療養を除く)に占める保険者の一般給付額を記入してください。
(注)高額療養費は含まないでください。
 - ロ. 高額療養費
高額療養費の金額を記入してください。
(注)本人、または家族との合算高額療養費がある場合は、合算高額療養費の総額を記入し、※印欄に合算対象の診療の内訳を記入してください。
 - ハ. 附加給付金
附加給付金の支給がある場合は、その金額を記入してください。
(注)本人、または家族との合算附加給付金がある場合は、合算附加給付金の総額を記入し、※印欄に合算対象の診療の内訳を記入してください。

※高額療養費及び附加給付金については、支給する額(予定を含む)を記入してください。