

郵送による福祉医療費支給申請時のチェックシート 【申請者氏名】

申請書送付前に、下記質問事項に沿って記入内容・提出書類等のご確認をお願いします。

必要書類	項目	確認欄	
支給申請書	申請者「住所・氏名・電話番号」欄に記入してありますか。 (電話番号は、日中に連絡がとれる番号を記載してください。)	<input type="checkbox"/>	
	「受給者番号」欄に記入してありますか。	<input type="checkbox"/>	
	「受給者氏名(受診した方)」欄に記入してありますか。	<input type="checkbox"/>	
	「受給者の生年月日」欄に記入してありますか。	<input type="checkbox"/>	
	受診した方の「保険証のコピー」は同封してありますか。	<input type="checkbox"/>	
	「振込口座」欄に記入してありますか。	<input type="checkbox"/>	
	1人につき、1枚の申請書がありますか。	<input type="checkbox"/>	
	医療機関(診療科)ごと、診療月ごとに申請書がありますか。	<input type="checkbox"/>	
委任状 (医療費払戻用)	申請者と振込口座名義人は同じですか。 (「いいえ」の場合は委任状(医療費払戻用)が必要です。)	はい・いいえ	
	(「いいえ」の場合)「受任者(委任された人)」と振込口座の名義人は同じですか。	<input type="checkbox"/>	
	(「いいえ」の場合)「委任者(=申請者)」の印を押してありますか。	<input type="checkbox"/>	
領収書	記載内容	受診者名が記載してありますか。	<input type="checkbox"/>
		受診年月日が記載してありますか。	<input type="checkbox"/>
		医療機関の名称が記載してありますか。	<input type="checkbox"/>
		保険点数が記載してありますか。	<input type="checkbox"/>
		支払金額が記載してありますか。	<input type="checkbox"/>
		(上記がない場合は、受診した医療機関へ記載を依頼してください。)	
	保険診療以外のみの領収書はないですか。 (予防接種・診断書作成等の自費分は助成対象外です。)	<input type="checkbox"/>	
	領収書(原本を送付してください。)は何枚ですか。	枚	
領収書の返却は必要ですか。	はい・いいえ		
以下は社会保険等の方で、10割分の支払いをした場合(補装具等)のみ必要です。			
支給決定通知書	支給(または不支給)決定通知書は同封してありますか。	<input type="checkbox"/>	
以下は入院等で保険診療自己負担額が57,600円以上の方のみ必要です。			
支給決定通知書	高額療養費支給(または不支給)決定通知書は同封してありますか。	<input type="checkbox"/>	

※このチェックシートも申請書と一緒に送ってください。