

医療機関コード

福 祉 医 療 費 請 求 書														
佐川町長 様														
令和 年 月 日														
医療機関の所在地及び名称 開設者名														
※ { 発行責任者名 担当者名 連絡先														
※押印を省略する場合は記入してください。														
令和 年 月分の福祉医療費を下記のとおり請求します。														
公 費 負 担 者 番 号									給 付 割 合	保 険 者 番 号				
受 給 者 番 号										被 保 険 者 等 記 号 番 号				
受 給 者 氏 名	フリガナ										男 ・ 女			
区 分	入 外	実日数			点 数 食事：福祉医療請求額				金 額				備 考	
入 院	1								点					
食 事									円					※平成17年10月分からは、食事療養費の助成は廃止されました。
入 院 外	2								点					
薬 剤									円					
※ (注)医療機関は「実日数」も記入してください。														

〔受給者の取扱い上の注意〕

- 1 県内の保険医療機関で自己負担金及び薬剤一部負担額の福祉医療請求額を支払わないで診療を受ける場合は、この請求書に被保険者又は被扶養者であることを証する書類等と受給者証を必ず添えて窓口へ提出してください。
- 2 この用紙がなくなった場合は、佐川町長に請求してください。

〔医療機関へのお願い〕

- 1 医療機関コードはゴム印を押してください。
- 2 この請求書は、社保の自己負担分及び薬剤一部負担額の福祉医療請求額を請求するため、国保連合会に提出してください。

※ 氏名のフリガナは町が過誤依頼をする場合に記入するものです。