

福 祉 医 療 費 請 求 書 大 豊 町 長                      様 <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">                     年    月    日                      医 療 機 関 等 の 所 在 地 及 び 名 称                      開 設 者 名                      印                 </div>														
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	4	3	3	9	0	5	1	7	給付割合	保険者番号				
受給者番号								7 ・ 8	被保険者証記号番号					
受給者氏名		フリガナ								男・女				
区分	入外	実日数 (処方回数)	点 数 食事：福祉医療請求額					金 額			備 考			
入院	1						点				円			
食事							円							
入院外	2						点				円			
薬剤							点				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証と受給者証を必ず添えて窓口へ提出してください。
2. この用紙が無くなった場合は大豊町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。