



障 害 福 祉 医 療 費 請 求 書

い の 町 長 様

年 月 日

医療機関等の所在地
 医療機関等の名称
 医師等氏名
 ※ { 発行責任者氏名
 担当者氏名
 連絡先
 ※押印を省略する場合はご記入ください。

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	6	3	9	1	0	0	9	給付割合	保険者番号				
受給者番号										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 福祉医療請求額	金 額	備 考
入院	1		点	円	
入院外	2		点	円	

※ 入院、入院外でそれぞれ1枚ずつ必要となります。

【受給者の取扱】

○県内の保険医療機関で保険の自己負担金を支払わないで診察を受ける場合は、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。

【医療機関等にお願ひ】

○記載においては、電算打ち出しでも受付します。

○この請求書は、社保福祉医療費46（障害）の自己負担分の請求です。国保連合会に提出願ひます。