

幼児福祉医療費請求書(第3番目以降全額助成)

田野町長様

年 月 日

医療機関等の所在地及び名称

開設者名

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 | 7 | 6 | 3 | 9 | 0 | 2 | 2 | 8 | 給付 割合 | 保険者番号 | | | |
|-------------|---|----|----|---|---|---|---|---|----------|---------------|--|--|--|
| 受給者 番号 | | | | | | | | | | 被保険者証 記号番号 | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | フリ | ガナ | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |

 受給者氏名
 男・女

| | 区分 | 入外 | 実日数 | 点 数福祉医療請求額 | 金 | 額 | 備考 |
|---|-------------|----|-----|------------|---|---|----|
| | 入院 | 1 | | | | H | |
| • | 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。

- 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、自己負担分の請求です。国保連合会に提出願います。



市町村単の幼児福祉医療費請求書(全額助成)

田野町長様

年 月 日

医療機関等の所在地及び名称

2 9 給付保険者番号

開設者名

年 月分の福祉医療費を下記のとおり請求します。

| 有 | 許号 | , | • | Ŭ | • | • | | _ | | 割台 | | | | | | |
|---------------------|-----------|--------|------------|------------|---------------|------------|-----|---|---|----|---------------|---|---|-----|---|--|
| 受 番 ⁻ | 給者 号 | | | | | | | | | | 被保険者証 記号番号 | | | | | |
| | | | フリ | ガナ | | | | | | | | | | | | |
| 受給者氏名 | | | | | | | | | | | | | ! | 男 • | 女 | |
| | | 7 | # 1 | □ ※/- | ر ا | – 4 | th. | | | | 1 | | - | | | |
| | 区 分 | 入 外 | | 日数 ·回数) | 点数 福祉医療請求額 | | | , | 金 | 額 | | 備 | | | | |
| | 入院 | 1 | | | | | 点 | | | F | 7 | | | | | |
| | 入院 | 2 | | | | | 点 | | | F | 9 | | | | | |

※ 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。

- 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75(一部負担額の全額助成)の自己負担分の請求です。国保連合会に 提出願います。



県及び市町村単の幼児福祉医療費請求書(全額助成)

田野町長様

年 月 日

医療機関等の所在地及び名称

開設者名

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 | 7 | 4 | 3 | 9 | 0 | 2 | 2 | 0 | 給付 割合 | 保険者番号 | | | | | |
|-------------|--------|----|-----------|----|--------------|---------|---|----|----------|---------------|---|---|---|----|---|
| 受給者 番号 | | | | | | | | | | 被保険者証 記号番号 | | | | | |
| | | フリ | ガナ | | | | | | | | | | | | |
| 受給者 | 氏名 | | | | | | | | | | | | 男 | ·女 | |
| | | | | ı | | | 1 | | | Ī | | - | | | 7 |
| 区 分 | 入 外 | | 日数 回数) | 福祉 | 法 数 上医療請認 | 数 求額 | | 金客 | 頁 | | 備 | 考 | | | |
| 入院 | 1 | | | | | 点 | | | H | | | | | | |
| 入 | | | | | | 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】

外

○ 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。

- 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74(一部負担額の全額助成)の自己負担分の請求です。国保連合会に 提出願います。



県単の乳児及び幼児福祉医療費請求書(全額助成)

田野町長様

年 月 日

医療機関等の所在地及び名称

2 1 給付 保険者番号

開設者名

年 月分の福祉医療費を下記のとおり請求します。

| 111 | 甘 勹 | | | | | | | | | 司 | | | | | | | | |
|---------------------|---------|---|------|-----|----|------|---|-----|------|--------|---|---------------|--|---|---|-----|---|--|
| 受 番 ⁻ | 給者 号 | | | | | | | | | \Box | | 被保険者証 記号番号 | | | | | | |
| | | | フリガナ | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受給者氏名 | | | | | | | | | | | | | | , | 男 | • 3 | 女 | |
| | | | | | | | | | | | | | | - | | | | |
| | 区 | 入 | 実日 | 数 | ř | 点 對 | 汝 | | 金額備 | | | | | | | | | |
| | 分 | 外 | (処方 | 回数) | 福祉 | 上医療請 | | 217 | D.C. | | | 考 | | | | | | |
| | 入 院 | 1 | | | | | 点 | | | | 円 | | | | | | | |
| | 入院 | 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。

- 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73(一部負担額の全額助成)の自己負担分の請求です。国保連合会に 提出願います。