様式第5-4号　　医療機関コード＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

福　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	5	3	9	0	2	2	9	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（処方回数）	点数 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療を受ける場合は、加入医療保険の被保険者等であることの確認を受け、この請求書に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。