

平成 年 月分 福祉医療費（連記式）請求書

市町村名

様

保険医療機関等の

所在地及び名称

電話番号

開設者氏名

印

下記のとおり請求する。

平成 年 月 日

保 険 者 番 号	県 番	医 療 機 関 等 コ ー ド	表 別	特
	1 0			

区 分		療 養 の 給 付			食 事 療 養	
		件 数	点 数	福 祉 医 療 費 請 求 額	件 数	食 事 療 養 標 準 負 担 額
一 般 ①	入 院					
	入 院 外				/	
7 0 歳 以 上	2 割 ② 入 院					
	入 院 外				/	
3 割 ③	入 院					
	入 院 外				/	
6 歳 ④	入 院					
	入 院 外				/	

- 注 1 保険者番号欄は福祉医療費を請求する市町村の市町村国保の保険者番号を記載してください。
- 2 表別欄は右表の番号を記載してください。
- 3 「特」欄は、障害者自立支援法等公費負担医療、長〇高額（高齢受給者を除く。）及び在医管・在医総に係わる請求について「特」を○で囲み、別綴じにしてください。
- 4 福祉医療費請求額欄は「高齢受給者の入院・特」該当の場合、金額を記載してください。
- 5 訪問は請求金額を点数欄に記載してください。

表 別	1 医 科
	3 歯 科
	4 調 剤
	6 訪 問

連 記