

福祉医療費領収証明書

市(町)長 様

- 1 障がい者
- 2 一人親家庭等
- 3 子ども
- 4 その他

下記の医療費にかかる福祉医療費の交付を申請します。
(申請者記入欄)

年 月 日

住 所 〒

氏 名

市 町 コ ー ド

※ 該当する番号を○で囲んでください。

受給資格証番号	氏 名	性 別	生 年 月 日
		1男・2女	年 月 日

医療費証明書（第三者行為及び後期高齢者医療該当者を除く）

診 療 月	年 月	年 月	年 月	年 月
一 部 負 担 割 合	1割・2割・3割	1割・2割・3割	1割・2割・3割	1割・2割・3割
入 院 ・ 外 来 区 分	入院・外来	入院・外来	入院・外来	入院・外来
入 院 診 療 実 日 数	日	日	日	日
保 険 請 求 点 数 (額)	(円) 点	(円) 点	(円) 点	(円) 点
※1 一 部 負 担 額	円	円	円	円
公 費 ・ (○) 区 分				
公 費 請 求 点 数	点	点	点	点
公 費 ・ (○) 一 部 負 担 額	円	円	円	円
食 事 療 養	保 険 請 求 分	円	円	円
	標 準 負 担 分	円	円	円
	公 費 請 求 分	円	円	円
	公 費 標 準 負 担 分	円	円	円
処 方 せ ん 発 行 区 分	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
※2 処 方 せ ん 発 行 医 療 機 関 番 号				
※3 処 方 せ ん 発 行 医 療 機 関 名 称				
証 明 書 料	円			

上記のとおり診療を行い、所定の一部負担金を領収したことを証明します。

医療機関コード □□□□□□□□□□□□□□□□ 年 月 日

所 在 地 〒

名 称

医療機関等 開設者氏名

電 話 番 号

※1 一部負担額欄は、高額療養費が現物給付されたもののみレセプトの一部負担金額を記入してください。

※2 処方せん発行医療機関番号は、保険薬局にて記入してください。

※3 処方せん発行医療機関名称は、保険薬局にて記入してください。