

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)

保護者の住所・氏名を記入

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

お子様の氏名・性別・生年月日を記入

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)

一	診療品	毎	日	毎	月
入	記入不要				3割
入					外来
保					日
※1					(円)
公					点
公					円
公					円
食事療養					円
処					円
※2					円
※3				無	
証					日

※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。