別記第７号様式　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関コード

|  |
| --- |
| 　福　　　 　福祉医療費請求書　　　　土 佐 清 水 市 長 　　 様　　　　　　年　　月　　日　　　　　医療機関等の所在地及び名称開設者名発行責任者名※担当者名連絡先※押印を省略する場合は記入してください。　　　　　　 　　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 | 4 | 3 | 3 | 9 | 0 | 0 | 8 | 7 | 給付割合 | 保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 加入医療保険記号番号 |  |
|  |
| 受給者氏名 | フリガナ |  | 男 ・ 女 |
|  |
|  |
|  | 区分 | 入外 | 実日数（処方回数） | 点　　数食事:福祉医療請求額 | 金　額 | 備　　考 |  |
|  | 入院 | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 点 |  |  |  |  |  | 円 | 　＊平成１７年１０月診療分から食事標準負担額については償還払いととなります。 |  |
|  | 食事 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 円 |  |  |  |  |  |  | ※平成17年10月分からは、食事療養費の助成は償還払いとなります。 |  |
|  | 入院外 | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 点 |  |  |  |  |  | 円 |  |  |
|  | 薬剤 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 点 |  |  |  |  |  | 円 |  |  |
|  | ※　（注）医療機関等は「実日数」も記入してください。 |  |

［受給者の取扱上の注意］

1. 県内の保険医療機関で自己負担金及び薬剤一部負担額の福祉医療請求額を支払わないで診療を受ける場合は，この請求書に資格確認書等と受給者証を必ず添えて窓口へ提出してください。
2. この用紙が無くなった場合は，土佐清水市に請求してください。

［医療機関へのお願い］

1. 医療機関コードはゴム印を押してください。
2. この請求書は，社保の自己負担分及び薬剤一部負担額の福祉医療請求額を請求するため，国保連合

会に提出してください。

※氏名のフリガナは市町村が過誤依頼をする場合に記入するものです。