



乳幼児福祉医療費請求書

香南市長 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	6	3	9	0	1	1	1	給付 割合	保険者番号						
受給者番号										被保険者等 記号・番号						

フリガナ	
受給者氏名	

区分	入 外	実日数 (処方回数)	点 数	金 額	備 考
入院	1				
外来	2				

※ 入院・入院外でそれぞれ1枚ずつ必要になります。

【受給者の取扱い】

- 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、この請求書にマイナ保険証又は資格確認書と受給者証を必ず添えて窓口へ提出してください。

【医療機関等にお願ひ】

- 記載においては、電算打ちでも受付をします。
- この請求書は、社保福祉医療費（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ひます。