

福

② 長 様

令和 年 ③ 月 日

医療機関等の所在地及び名称

開設者名 ④

印 ⑤

⑥ 令和 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			給付割合	保険者番号			⑩		
受給者番号					⑧			⑨	被保険者証記号番号			⑪		

受給者氏名	フリガナ		男・女 ⑬
		⑫	

入外区分	実日数 (処方回数)	点 数		金 額		備 考
入院	1	⑭	⑮	⑯	⑰	⑰
入院外	2	⑭	⑮	⑯	⑰	

※ 入院・入院外でそれぞれ1枚ずつ必要となります。

①～⑰の記載内容

- ① 医療機関コード(7桁)を記載します。ゴム印の場合は鮮明に押印してください。
- ② 請求先市町村名を記載します。(⑦の負担者と同一市町村)
- ③ 請求年月日を記載します。
- ④ 保険医療機関の所在地・名称・開設者名を記載します。ゴム印の場合は鮮明に押印してください。
- ⑤ 国保連合会に届出の「請求書に使用する印鑑」を押印します。(黒地の印影でも可)
- ⑥ 診療月分を記載します。
- ⑦ 公費負担者番号(8桁)を記載します。
- ⑧ 受給者番号(7桁)を記載します。
- ⑨ 保険給付割合を記載します。
- ⑩ 保険者番号(8桁)を記載します。
- ⑪ 被保険者証の記号・番号を記載します。
- ⑫ 受給者氏名を記載します。
- ⑬ 性別を○で囲みます。(電算打出しの場合は性別のみの印字で可)
- ⑭ 当該公費対象の診療実日数を右詰めで記載します。
- ⑮ 当該公費対象の請求点数を右詰めで記載します。
- ⑯ 国の公費に係る患者負担額など金額で請求する場合に右詰めで記載します。
- ⑰ 金額欄(⑯)での請求の場合は注記を記載します。