福　祉　医　療　費　領　収　証　明　書

明和町長　様

※該当する番号を○で囲んでください。

1　障がい者
2　一人親家庭等
3　子ども
4　その他

（福祉医療費助成申請書）
（申請者記入欄）下記の医療費に係る福祉医療費の交付を申請します。

令和　　年　　月　　日

住所　多気郡明和町大字

氏名　　印

電話番号

受給資格証番号	氏名	性別	生年月日
		男・女	年　月　日

医療費証明書（第三者行為及び老人保健該当者を除く。）

診療月		年　月	年　月	年　月	年　月
一部負担割合		0・1・2・3割･継	0・1・2・3割･継	0・1・2・3割･継	0・1・2・3割･継
病院診療科名		科	科	科	科
病院診療科コード					
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
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
外来時薬剤	外来時薬剤一部負担金	円	円	円	円
	外来時薬剤一部負担金（公費・㊫分）	円	円	円	円
食事療養	保険請求分	円	円	円	円
	標準負担分	円	円	円	円
	公費請求分	円	円	円	円
	公費標準負担分	円	円	円	円
処方せん発行区分		有・無	有・無	有・無	有・無
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。

年　月　日

処方せん発行医療機関等の名称 （この欄は保険薬局で記入）
処方せん発行医療機関番号

医療機関等
所在地　〒
名　称
開設者
氏　名　㊞
電話番号