

令和 年 月分

福祉医療費助成金請求書

県別	表別	医療機関等コード	診療科
21			

保険医療機関等の所在地及び名称・開設者氏名

関係市町村長様

下記のとおり請求します。

令和 年 月 日

電話番号

No.	受給資格者番号	氏名	入院 外来	社 退 後 期 高 齢 者	保 保 者 者	前 高 齢 期 者	長 期	7割給付	8割給付	9割給付	公費対象点数	患者負担額	食 事 療 養 費		備 考
								総点数	総点数	総点数			食事療養に要した額 (基準額)	標準負担額	
1			1・2 入・外	1・2・3・4 社・国・退・後				点	点	点	点	円	円	円	
2			1・2 入・外	1・2・3・4 社・国・退・後											
3			1・2 入・外	1・2・3・4 社・国・退・後											
4			1・2 入・外	1・2・3・4 社・国・退・後											
5			1・2 入・外	1・2・3・4 社・国・退・後											
6			1・2 入・外	1・2・3・4 社・国・退・後											
7			1・2 入・外	1・2・3・4 社・国・退・後											
8			1・2 入・外	1・2・3・4 社・国・退・後											
9			1・2 入・外	1・2・3・4 社・国・退・後											
10			1・2 入・外	1・2・3・4 社・国・退・後											
合 計								件	件	件			件		

※各項目の記載方法については、「福祉医療費助成金請求書記載要領」を参照のこと。