

書き方見本

ボールペンで記入してください。
 ※文字が消せるボールペンは使用しないでください。
 ※※訂正される場合は、二重線で消してください。

母

福祉医療費支給請求書

受診した方について記入して下さい

ご加入の健康保険について記入して下さい

請求者はひとり親家庭の母または父です。振込口座は請求者名義の口座を記入して下さい

負担者番号	8	5	2	8	0	0	4	8	加入番号	1	2	3		
受給者番号	8	8	8	8	8	8	8	8		1	2	3	4	5
氏名 (受診した人)	明石 はるこ								医療保険	保険者名				
生年月日	大正昭和 平成 2年 1月 1日 令和西暦									〇〇〇				
療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて請求します。										健保組合・共済組合 明石市国保・() 国保 全国健康保険協会() 支部 兵庫県後期高齢者医療広域連合				
〇年 〇月 〇日										請求者住所 明石市 中崎1丁目5番1号				
請求者(受給者)										連絡先 自宅 078-000-0000 携帯 090-1111-1111				
明石市長様										氏名 明石 はるこ				
下記の口座への振込を依頼します。 なお、請求者と口座名義人が異なる場合は、口座名義人に受領委任します。														
金融機関名	明石 銀行 信用金庫 農協								本店	預金種目		普通 当座		
店番	口座番号								出張所	フリガナ アカシ ハルコ				
1 2 3 8 8 8 8 8 8								口座名義人	明石 はるこ					

自立支援医療等により医療費の助成を受けることができるときは、この受給者証は使えません。

母子家庭等医療費受給者証								
負担者番号	8	5	2	8	0	0	4	8
受給者番号	8	8	8	8	8	8	8	8
受給者住所	〒673-0000 明石市中崎1丁目5番1号							
受給者氏名 (フリガナ)	明石 はるこ							
受給者生年月日	平成2年 1月 1日							

- ※※※添付書類が必要です※※※
- 兵庫県外で受診した
 - 受給者証を提示せずに受診した
 - ・領収書(原本)
- 10割負担で受診した(保険診療分)
 - 補装具等を購入・装着した(保険診療分)
 - ◎先にご加入の健康保険に請求してください
 - ・領収書(コピー可)
 - ・療養費等支給決定通知書(原本)
 - ・医師の意見書等(補装具等のみ・コピー可)
- 医療費が高額になったときは・・・
- ※高額療養費・付加給付金が支給される可能性がある場合は療養費等支給証明書等が必要です。
 詳しくはお問い合わせください。