

書き方見本

※文字が消せるボールペンは使用しないでください。
訂正するときは、二重線で消してください。(訂正印不要)

福祉医療費支給請求書

負担者番号 5 8 2 8 0 0 4 1	加入記号	受給者番号 2 2 2 2 2 2 2	加入番号
		氏名 (受診した人) 明石 太郎	保険者名 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
生年月日 大正 昭和 平成 令和 西暦 10 年 1 月 1 日	医療保険	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。 ○ 年 ○ 月 ○ 日	
請求者住所 (受給者) 明石市 中崎1丁目5番1号		連絡先 自宅 078-000-0000 携帯 090-1111-1111	
明石市長様		氏名 明石 太郎	
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 中崎 本店	信用金庫	預金種目 普通
		農協	・当座 ・()
店番	口座番号	フリガナ	口座名義人
1 2 3	8 8 8 8 8 8 8	アカシ タロウ	明石 太郎

受給者について記入して下さい

請求者は受給者本人です

お持ちの受給者証を参照してください

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。

移	高齢期移行者医療費受給者証
負担者番号	4 1 2 8 0 0 4 1
受給者番号	5 5 5 5 5 5 5

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。

高	高齢重度障害者医療費受給者証
負担者番号	5 8 2 8 0 0 4 1
受給者番号	2 2 2 2 2 2 2

※添付書類が必要です※

領収書(原本)(年 月 日以降診療のもの)

- 兵庫県外で受診した
- 受給者証を提示せずに受診した
- 【高齢期移行者のみ】
一か月の限度額を超えて治療費を支払った

療養費支給決定通知書(原本)

- 【高齢期移行者のみ】
補装具を購入・作成した(保険診療分)
⇒領収書は不要