

# 福祉医療費助成申請書

名 張 市 長 宛て

- 1 障がい者
- 2 一人親家庭等
- 3 子ども

※ 該当する番号を○で囲んでください。

(申請者記入欄) 下記の診療にかかる医療費助成を申請します。  
令和 年 月 日

住 所 〒

氏 名

市 町 コ ー ド

県外分

0      0      8

受給資格証番号	受給資格者氏名	生 年 月 日
		昭和・平成・令和 年 月 日

## 医療費証明書 (領収書の写しを添付する場合は省略)

	診 療 月	年 月	年 月	年 月	年 月
一 部 負 担 割 合		1割・2割・3割	1割・2割・3割	1割・2割・3割	1割・2割・3割
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
※1 一 部 負 担 額		円	円	円	円
公 費 ・ (長) 区 分					
公 費 請 求 点 数		点	点	点	点
公 費 ・ (長) 一 部 負 担 額		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
※2 処 方 せ ん 発 行 医 療 機 関 番 号					
※3 処 方 せ ん 発 行 医 療 機 関 名 称					
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。

医療機関コード       令和 年 月 日

所 在 地 〒

名 称

医療機関等

開設者氏名

電 話 番 号

※1 一部負担額欄は、高額療養費が現物給付されたもののみレセプトの一部負担金額を記入してください。  
 ※2 処方せん発行医療機関番号は、保険薬局にて記入してください。  
 ※3 処方せん発行医療機関名称は、保険薬局にて記入してください。