福 祉 医 療 費 支 給 請 求 書

負担者番号			2	8	0	0	4		加入医療保険 記号
受給者番号								/	番号
受給者氏名									保険者名 明石市国保 兵庫県後期高齢者医療広域連合 その他（ ）
生年月日	大正 昭和 西暦		年		月		日		

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（受給者）　住所　明石市

連絡先　　－　　－

明石市長様　　氏名

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	銀行 信用金庫 農協	本店 支店 出張所	預金種目	・普通 ・当座 ・（ ）
店番	口座番号		口座名義人	フリガナ

注意

4. 補装具装着の場合は給付決定通知書(原本)を添付して下さい。
3. 高額療養費・附加給付が支給される場合は、療養費支給証明書を添付して下さい。
2. **この請求書には必ず診療点数が記載された領収書の原本を添付して下さい。**
1. **太ワク内のみご記入下さい。**

事務処理欄

診療月	年　　月分	審査決定額							円
申請理由	1.県外受診 2.補装具装着 3.交付前・証未提示受診 4.高額療養費 5.その他（ ）	一部負担金							円
		支給決定額							円