書き方見本

※　月　日以降、受給者証を提示せずに医療機関等を受診された場合は領収書（原本）を添付して、払いすぎた医療費を請求することができます。
※提出後の審査には４か月以上かかることがありますのでご了承ください。

福祉医療費支給請求書

受給者について記入して下さい

負担者番号	5 8 2 8 0 0 4 1	加入医療保険 記号
受給者番号	2 2 2 2 2 2 2	番号
氏名（受診した人）	明石　太郎	保険者名
生年月日	大正 昭和 平成 令和 西暦　10 年 1 月 1 日	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

【高齢期移行者のみ】ご加入の健康保険について記入してください

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　中崎１丁目５番１号

連絡先　自宅　078－000－0000
携帯　090－1111－1111

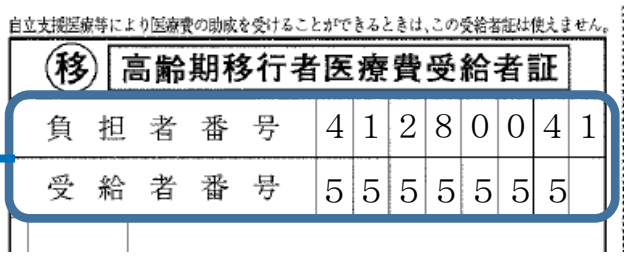
明石市長様　氏名　明石　太郎

請求者は受給者本人です（死亡の場合は相続人）

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。

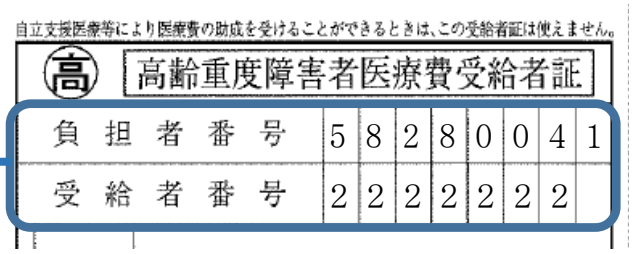
金融機関名	預金種目	店番	口座番号	口座名義人
明石　銀行 信用金庫 農協　中崎　本店 支店 出張所	普通・当座・（　）	1 2 3	8 8 8 8 8 8 8	フリガナ　アカシ　タロウ 明石　太郎

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

明石市長寿医療課　〒673-8686　明石市中崎１丁目 5-1　TEL　078-918-5026　FAX　078-918-5105