



ひとり親家庭医療費請求書

四 万 十 町 長 様

年 月 日

医療機関等の所在地及び名称

開設者名

印

年 月分の福祉医療費を下記のとおり請求します。

公費負担者番	4	3	3	9	1	0	3	6	給付割合	保険者番号						
受給者番号										被保険者証記号番号						

受給者氏名	フリガナ		男 ・ 女

区分	入外	実日数 (処方回数)	点 数 福祉医療請求額	金 額	備 考
入院	1				
入院外	2				

※ 入院・入院外で各1枚ずつ必要です。

【受給者各位】

- 県内各保険医療機関において医療保険の自己負担なしで診療を受ける場合は、必ずこの請求書に被保険者証および受給者証を添え、各医療機関窓口へ提出してください。
- 食事療養費助成については、償還払いで対応しますので、四万十町役場で手続きしてください。

【医療機関各位】

- 記載については、電算打ち出しでも受付可能です。
- この請求書は、社保福祉医療費43(ひとり親)の自己負担分の請求書ですので、国保連合会へ提出してください。