

(一財)福島県市町村職員福祉互助会

医療費請求書に係る申請書

医療費請求書に領収書の写しを添付できない場合は、こちらの申請書を記入のうえ、保険医療機関(保険調剤薬局)から証明を受けてください。

療養を受けた者の氏名	福島 太郎			会員番号	6	○	○	○	○	○	○	○	○
	昭和	○	○	年	○	○	○	日	生	療養を受けた月	令和	○	○

申 請 書	
○ ○ 病院・薬局 様	
令和 ○年 ○月分診療(調剤)にかかる保険診療(保険調剤)分の自己負担額等について、証明をお願いします。(入院時食事療養負担金を除く)	
令和 ○年 ○月 ○日	申請者氏名 <u>福島 太郎</u>

保険医療機関(保険調剤薬局)証明欄

診療(調剤)を受けた者の氏名 福島 太郎

診療区分	入院・診療期間	保険点数	保険診療・調剤分の自己負担額
入院 (外来・薬局)	令和 ○年 ○月 ○日から 令和 ○年 ○月 ○日まで	3416 点	10,250円
処方箋発行保険医療機関名※診療区分・薬局の時			
入院・外来・薬局	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	点	円
処方箋発行保険医療機関名※診療区分・薬局の時			
入院・外来・薬局	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	点	円
処方箋発行保険医療機関名※診療区分・薬局の時			

※診療区分に複数該当する場合は、それぞれ診療区分、入院・診療期間、保険点数、保険診療・調剤分の自己負担額を証明してください。

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 ○年 ○月 ○日

保険医療機関(保険調剤薬局)名 ○ ○ 病院

