

(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。

Header form containing member number and dates for medical care received.

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

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

Table with 4 columns: 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. It contains three rows of data for different medical services.

※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 印