福　令和　　年　　月分　福祉医療費請求書（県外保険医療機関等分）

福祉医療負担者番号

9	1	3	2				

福祉医療負担者名　　様

保険医療機関等コード

令和　　年　　月　　日

保険医療機関等
所在地及び名称
開 設 者 氏 名
電　話　番　号

区　分		件　数	日　数	点　数	一部負担金額	02長 件数
入　院①						
入院外②						
公費再掲	91					

「本家入外」欄
1･･･本人入院　2･･･本人外来　3･･･未就学者入院　4･･･未就学者外来　5･･･家族入院　6･･･家族外来
7･･･高齢受給者･後期高齢者医療一般･低所得者入院　8･･･高齢受給者･後期高齢者医療一般･低所得者外来
9･･･高齢受給者･後期高齢者医療7割給付入院　0･･･高齢受給者･後期高齢者医療7割給付外来

福祉医療 受給者番号	福祉医療 対象者氏名	保険者番号	被保険者 記号番号	公費負担者 番号①	公費受給者 番号①	診療 年月	本家 入外	生年月日	給付 割合	特記 事項	日数	保険点数	公費①点数	公費併用時 福祉点数	一部負担 金額	公費①一部 負担金額	控除額