第5号様式（第6号様式併用）

福　祉　医　療　費　領　収　証　明　書

（福祉医療費助成申請書）
（申請者記入欄）　下記の医療費にかかる福祉医療費の交付を申請します。
平成　　年　　月　　日
住　所　〒
氏　名

市(町)長　様

1　障がい者
2　一人親家庭等
3　子ども
4　その他1（伊勢市－寡婦、紀宝町－老人）
5　その他2（津市－妊産婦・精神障害者
御浜町－寡婦、紀宝町－寡婦）
※ 該当する番号を〇で囲んでください。

県外分

市町コード		

受給資格証番号	氏名	性別	生年月日
		1男・2女	1明・2大・3昭・4平　　年　月　日

医療費証明書（第三者行為及び後期高齢者医療該当者を除く）

診療月		平成　年　月	平成　年　月	平成　年　月	平成　年　月
一部負担割合		1割・2割・3割	1割・2割・3割	1割・2割・3割	1割・2割・3割
入院・外来区分		入院・外来	入院・外来	入院・外来	入院・外来
入院診療実日数		日	日	日	日
保険請求点数（額）		（円） 点	（円） 点	（円） 点	（円） 点
※1 一部負担額		円	円	円	円
公費・長区分					
公費請求点数		点	点	点	点
公費・長一部負担額		円	円	円	円
食事療養	保険請求分	円	円	円	円
	標準負担分	円	円	円	円
	公費請求分	円	円	円	円
	公費標準負担分	円	円	円	円
処方せん発行区分		有・無	有・無	有・無	有・無
※2 処方せん発行医療機関番号					
※3 処方せん発行医療機関名称					
証明書料		円			

上記のとおり診療を行い、所定の一部負担金を領収したことを証明します。

医療機関コード

平成　　年　　月　　日

医療機関等
所在地〒
名称
開設者氏名　　印
電話番号

※1一部負担額欄は、高額療養費が現物給付されたもののみレセプトの一部負担金額を記入してください。
※2処方せん発行医療機関番号は、保険薬局にて記入してください。
※3処方せん発行医療機関名称は、保険薬局にて記入してください。