

28子給付第809号
平成28年9月30日

医療機関
調剤薬局
訪問看護ステーション

の皆さまへ

高知市子育て給付課
課長 中屋 雅克

福祉医療費請求書（75）様式について（お知らせ）

平素は、本市の医療費助成事業につきまして、ご理解ご協力賜り感謝申し上げます。

さて、先日、「高知市子ども医療費助成事業の開始について（お知らせ）」にてお知らせした標記の様式について、下記のとおり一部修正を行いました。

つきましては、度々の様式修正でご迷惑をおかけしますが、修正後の様式を送付いたしますので、ご確認ください。

記

- | | | |
|---|------|---|
| 1 | 修正内容 | 請求書タイトル
「市町村単の幼児・子ども福祉医療費請求書（75）」
↓
「市町村単の幼児及び小学生福祉医療費請求書（75）」 |
| 2 | 開始時期 | 平成28年10月1日診療分から |
| 3 | その他 | 修正前の様式又は従前の様式で請求があった場合でも、当面の間支払いは通常とおりいたします。 |

【お問い合わせ先】高知市役所 子育て給付課（第二庁舎2階）
〒780-8571 高知市本町5丁目1-45 TEL 088-823-9447

医療機関コード _____

福 市町村単の幼児及び小学生福祉医療費請求書(全額助成)

高知市長様

平成 年 月 日

医療機関等の所在地及び名称

開設者名

印

平成 年 月分の福祉医療費を下記のとおり請求します。

公費負担者番号	7	5	3	9	0	0	1	3	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		
						点				円			
入院	1												
入院外	2												

※ 入院・入院外でそれぞれ1枚ずつ必要となります。

【受給者の取扱い】

- 県内の保険医療機関で保険の自己負担金を支払わないで診療を受ける場合は、この請求書に被保険者証と受給者証を必ず添えて窓口へ提出してください。

【医療機関等にお願ひ】

- 記載においては、電算打ち出しでも受付します。
- この請求書は、社保福祉医療費75(一部負担額の全額助成)の自己負担分の請求です。国保連合会に提出願ひます。