

3 (子・障)

4 (ひとり親)

医療機関等(施術所)コード

医療費支払請求書

福岡市長

医療機関の
所在地及び名称

(TEL - -)

代表者氏名

次のとおり請求します。(令和 年 月提出分)

決定金額は、貴市に提出した医療機関届の預金口座に入金願います。

請求書枚数	枚
請求額	円

*福岡市受付印

- (注)
- 制度区分毎(該当番号に○)に提出してください。
 - 医療機関等(施術所)コードは「医療費助成支払い通知書」に記載していますので、通知書が届きましたら、医療機関等(施術所)コードを記入のうえ提出してください。
※はじめて請求する場合は、医療機関等(施術所)コードは空白のまま提出してください。
 - この医療費支払請求書は、制度毎・提出月毎に1枚作成してください。
(月遅れ請求等もまとめて1枚で請求してください。診療月毎に分ける必要はありません。)
 - *欄は記入しないでください。