

記入例

令和 8 年 1 1 月 1 日

(宛先)

小川町長

受領委任払に係る福祉 3 医療費請求書

受領委任払を適用した医療費について、下記のとおり請求します。

記

請求する福祉 3 医療費の種別 (請求する医療費に 1 つ ☑ してください。)	当月請求分		再審査分 (過去請求修正)	
	件数	金額	件数	金額
☑ こども 医療費	20 件	100,000 円	5 件	12,000 円
☐ ひとり親家庭等 医療費	件	円	件	円
☐ 重度心身障害者 医療費	件	円	件	円

※医療費種別ごとに、本様式の原本の添付をしてください。

詳細は別添の福祉 3 医療費受領委任払委任状・柔道整復等施術証明書及び療養費に係る受領委任払の取扱いにより保険者等に申請した療養費支給申請書等の写しのとおりで相違ありません。

(請求者) 施術所名称

施術所代表 ○○ △△ 印

所 在 地 小川町○○12-3

連 絡 先 0493-○○-△△△△