

福祉医療費領収証明書市町連絡一覧表

三重県国民健康保険団体連合会 様

下記のとおり、該当者一覧表を提出します。

医 療 機 関 コ ー ド	
医 療 機 関 名 称	
所 在 地	〒
開 設 者 氏 名	
電 話 番 号	

市町 コード	助成 種別	受給者番号	氏名（患者）	送付 年月	診療 年月	入外 区分	保険請求点数	項目	内 容

（注意事項）

- ・ 市町等に連絡が必要な場合に作成
- ・ 項目①は、時効を超えた月遅れ提出分に係る完納日を記入
- ・ 項目②は、スポーツ保険の対象外の疾病等の領収証明書提出分

項目一覧

① 完納日
② スポーツ保険対象外
③ その他