

医 療 費 給 付 申 請 書

年 月 日

一戸町長 様

申請者 (受給者等)

住 所 一戸町

氏 名

(印)

年 月分の医療費一部負担金の給付を申請します。

事業名	乳幼児・児童生徒・妊産婦・重度(一般・後期高齢)・ひとり親家庭・寡婦						
受給者名			受給者証番号		保険証記号番号		
男1・女2			62- - -				
保険種別			区分		保険者名		
国保(一・退)・社保・共済・船保・後期高齢()			本人1・家族2				
給付金の申請額							円
金融機関	銀行		店	口座番号			
医療機関等記入欄	診療実日数	日	総点数	点	公費負担医療点数	点	
	一部負担金受領額 (公費負担医療自己負担分を含む)(A)	食事療養標準負担額相当額 (B)		生活療養標準負担額相当額 (C)		標準負担額を除く 一部負担受領額 (A)-(B)-(C)	
	円	日	円	日	円	円	
	上記の一部負担金を受領したことを証明する。						
	保険医療機関番号 保険医療機関名 管理者名 (印)						
一部負担金A	高額療養費等額B		自己負担額C		給付決定額A-B-C		
円	円		円		円		

- 注) ア 申請者は、太線の枠内に必要事項を記入してください。
- イ 医療機関等の証明に代えて、裏面に領収書を貼付することもできます。
- ウ 医療機関等記入欄の診療実日数は、薬局にあっては、処方箋枚数を記入してください。
- エ 二重線の枠内は、記入しないでください。