様式第6号（様式第5号）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療費給付申請書医療費給付申請書  　　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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |