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。 |