

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

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 ㊞						
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、薬局にあつては、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。