

医療費給付申請書

一関市長 様

年 月 日

申請者(受給者または保護者)

〒

住所 一関市

氏名 (電話)

次のとおり、医療費一部負担金の給付を申請します。

受給者名														男・女																				
申請の種類 <input type="checkbox"/> で囲む	乳幼児・小学生・中学生・高校生等・妊産婦・重度(一般)・重度(後期高齢) ひとり親(父母)・ひとり親(児童)・父母なし児童																																	
受給者番号 必ず記入すること	第																		号															
保険証記号番号									保険者番号																									
保険種別 <input type="checkbox"/> で囲む	国保(一般・退職)・協会けんぽ 後期高齢・共済・船保・健保組合 国保組合								区分 <input type="checkbox"/> で囲む	本人・家族																								
医療機関等記入欄	診療を受けた月	西暦							年						月	入院・外来の区分 (入院1, 外来2を記入)									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を含む)										(A)									円														
	入院時食事療養費標準負担額										(B)									円														
	食事療養費を除く一部負担額										(A)-(B)									円														
	上記のとおり受領したことを証明します。										医療機関コード																							
										医療機関等の名称																								
年 月 日										管理者氏名	印																							
										処方せん発行医療機関	()																							
※ 一部負担金 (A)										※ 高額療養費等 (B)								※ (A)-(B)																
																										円	円	円						

- 注) 1 申請者は、太線枠内に必要事項を記入してください。
- 2 申請書に診療点数の記載された領収書を添付する場合は、医療機関等の証明は不要です。
- 3 ※は記入しないでください。

受付支所名(本庁は「本」)	担当
本・花・大・千・東・室・川・藤	