様式第6号（第11条関係）様式第6号（第13条関係）

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 ○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 ○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 ○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。

年　月　日

医療機関コード

医療機関等の名称

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	