

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																
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			
医療保険記号番号							保険者番号									
医療保険種別 ○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。										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	