

様式第7号(第8条関係)

ひとり親家庭等医療費給付申請書

年 月 日

おいらせ町長 様

住 所
申請者 氏 名
電話番号

年 月分の医療費の給付を申請します。

受診者氏名		生年月日		受給者証番号	
男 女		年 月 日		おいらせ町 第 号	
加入保険 記号番号	記号	保険種別		協・組・船・共・国	
	番号	保険者名			
支払金融機関	銀行		店	口座番号	

保 險 醫 療 機 關 證 明 欄	保 險 診 療 總 點 數 (入院時食事療養 費を除く。)	入院 点		他法 負担 点	一部負担受領額	
		外来 点			点(円)	
		点(円)			点(円)	
入院時 食事療養費 入院日数	日	1日当たりの 標準負担額	円	標準負担 額	受領総額	円
上記の一部負担金及び標準負担額を受領したことを証明する。 年 月 日						
医療機関等の 所在地・名称						
院長 氏名 印						

一部負担額A	標準負担額B	付加給付金C	受給者負担額D	給付決定額(A+B-C-D)

※太枠内は申請者が記入してください。

※入院時食事療養費については、平成17年9月以前の分のみ記入してください。