

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 険 医 療 機 関 証 明 欄	保 険 診 療 総 点 数 (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)			
	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 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。