

ひとり親家庭等医療費給付申請書

年 月 日

おいらせ町長 殿

住 所 おいらせ町

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	
保 険 証 号 保 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 信用金庫 信用組合 農協 支店			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。