

安心子育て医療費給付申請書

年 月 日

雫石町長

様

申請者（受給者等）

住 所

氏 名

年 月分の医療費一部負担金の給付を申請します。

受 給 者 名		受給者証番号		保険証記号番号		
男 1 ・ 女 2		第 号				
保 険 種 別		区 分		保 険 者 名		
国保（一・退）・社保・共済・船保・（ ）		本人 1 ・ 家族 2				
給 付 金 の 申 請 額			円			
給 付 金 の 受 領 方 法			受給者証交付申請書に記載した金融機関に振込してください。			
医 療 機 関 等 記 入 欄	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分を含む）(A)		食事療養標準負担額(B)		標準負担額を除く一部負担受領額 (A) - (B)	
	円		日		円	
	上記の一部負担金を受領したことを証明する。 保険医療機関番号 保険医療機関名 管 理 者 名 印					
一 部 負 担 金 A		高 額 療 養 費 等 額 B		給 付 決 定 額 A - B		
円		円		円		

- 注) ア 申請者は、太線の枠内に必要事項を記入してください。
 イ 医療機関等の証明に代えて、裏面に領収書を貼付することもできます。
 ウ 医療機関等記入欄の診療実日数は、薬局にあっては、処方箋枚数を記入してください。
 エ 二重線の枠内は、記入しないでください。