

ひとり親家庭医療費給付申請書

年 月 日

〒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・後期高齢（ ）		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）		生活療養標準負担額（C）		標準負担額を除く一部負担受領額 （A）－（B）－（C）
	円		日 円		日 円		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							
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。