

医療費給付申請書

年 月 日

遠野市長 様

申請者

住 所 遠野市

氏 名

印

電 話

年 月分の医療費一部負担金の給付を申請します。

| | | | |
|---|----------------------------------|-------------------------------|----------------------------|
| 事業名 | | | |
| 受 給 者 名 | | 受 給 者 証 番 号 | 保 険 証 記 号 番 号 |
| | | 男1・女2 | |
| 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みしてください。 | |
| 医療 機 関 等 記 入 欄 | 診療実日数 | 日 | 総点数 |
| | | | 点 |
| | 一部負担金受領額(公費負担 医療自己負担分を含む。)(A) | 入院時食事療養費 標準負担額(B) | 食事療養費を除く一部 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 | B |
| | 円 | | 円 |
| 自己負担額 | C | 給付決定額 | A - B - C |
| | 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。

医療費給付申請書

年 月 日

遠野市長 様

申請者

住所 遠野市

氏名

印

電話

年 月分の医療費一部負担金の給付を申請します。

| | | | |
|-----------------------------|------------------------------|-------------------------------|------------------|
| 事業名 | | | |
| 受給者名 | | 受給者証番号 | 保険証記号番号 |
| 男1・女2 | | | |
| 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みしてください。 | |
| 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 | | 点 |
| | 一部負担金受領額(公費負担医療自己負担分を含む。)(A) | | 入院時食事療養費標準負担額(B) |
| 円 | | 日 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 | B |
| | 円 | | 円 |
| 自己負担額 | C | 給付決定額 | A - B - C |
| | 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。