

**記 載 例**  
(乳幼児、妊産婦、重度心身障害者)

医 療 費 給 付 申 請 書

平成 年 月 日

遠野市長 様

申請者  
住 所 遠野市 東館町8番12号  
氏 名 遠 野 太 郎 印  
電 話 6 2 - 2 1 1 1

平成17年10月分の医療費一部負担金の給付を申請します。

事業名	乳 幼 児		
受 給 者 名	受 給 者 証 番 号	保 険 証 記 号 番 号	
遠 野 次 郎 (男1)・女2	08-10-012345-6	0 1 - 0 2 - 0 3 - 0 4	
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	遠 野 市	

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。

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)		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		日 円	

医療機関等記入欄

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	自己負担額	C	給付決定額 A - B - C
	円		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。 医療機関等で証明を受ける

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。

記載例(母子家庭)

医療費給付申請書

平成 年 月 日

遠野市長 様

申請者  
住所 遠野市 東館町8番12号  
氏名 遠野 花子 印  
電話 62-2111

平成17年10月分の医療費一部負担金の給付を申請します。

事業名	母子家庭
-----	------

受給者名 遠野次郎 (男1)・女2	受給者証番号 08-42-012345-6	保険証記号番号 01-02-03-04
保険種別 (国保)(一・退)・社保・共済・船保・( )	区分 本人1・(家族2)	保険者名 遠野市

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。
----------	-------------------------------

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)		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		日 円	

医療機関等記入欄

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	自己負担額	C	給付決定額 A - B - C
円		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。 医療機関等で証明を受ける

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。