

区分	1 入	2 外	3 長
----	-----	-----	-----

① 医療費助成給付申請書

年 月 日

遠野市長 様

申請者 住所 遠野市

(受給者等) 氏名

年 月分の医療費一部負担金の給付を申請します。

事業名	65 身障 (3級) 96 寡婦等	
受給者名		受給者証番号
男・女 1・2		
保険種別	1 協会けんぽ・2 日雇健保・3 組合健保・4 国保一般・5 国保退職 6 国保組合・7 共済組合・8 船員保険・9 後期高齢	
区分	本人 0・家族 1	保険証記号番号
給付金の受領方法	登録した金融機関に振込みしてください。	
給付申請額	円	
一部負担額 (A)	附加給付金等 (B)	給付決定額 (A-B)
円	円	円

(注)太枠内を記入し、月の初回の受診の際、医療機関等の窓口へ提出してください。

区分	1 入	2 外	3 長
----	-----	-----	-----

① 医療費助成給付申請書

年 月 日

遠野市長 様

申請者 住所 遠野市

(受給者等) 氏名

年 月分の医療費一部負担金の給付を申請します。

事業名	65 身障 (3級) 96 寡婦等	
受給者名		受給者証番号
男・女 1・2		
保険種別	1 協会けんぽ・2 日雇健保・3 組合健保・4 国保一般・5 国保退職 6 国保組合・7 共済組合・8 船員保険・9 後期高齢	
区分	本人 0・家族 1	保険証記号番号
給付金の受領方法	登録した金融機関に振込みしてください。	
給付申請額	円	
一部負担額 (A)	附加給付金等 (B)	給付決定額 (A-B)
円	円	円

(注)太枠内を記入し、月の初回の受診の際、医療機関等の窓口へ提出してください。