

年 月 日

岩泉町長 様

届出人（受給者等）

住 所 岩泉町 字 番地

氏 名

（電話番号 ）

医療費給付申請書

年 月分の医療費一部負担金の給付を申請します。

事業名	子ども・妊産婦・重度心身障がい者・ひとり親家庭・寡婦						
受 給 者 名	受給者証番号	被保険者等の記号・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 その他()	本人 1・家族 2						
給 付 金 の 申 請 額	円						
給 付 金 の 受 領 方 法	医療費受給者証交付（更新）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 D（=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 印						
一 部 負 担 金 D	高 額 療 養 費 等 額 E		給 付 決 定 額 D-E				
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。

(A4)