

ひとり親家庭医療費給付申請書

令和 年 月 日

釜石市長 宛て

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。

事業名	父 母 ・ 児 童 ・ 父母のない児童					
受 給 者 名	受 給 者 証 番 号		生 年 月 日			
男・女	第	号	S・H・R	年 月 日		
保 険 証 記 号 番 号		保 険 種 別				
		協会けんぽ・組合・船員・共済・国組・国保（一般・退職）				
区 分		保 険 者 名				
本 人 ・ 家 族						
給付金の申請額		円				
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。				
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。)		食事療養標準 負 担 額	生活療養標準 負 担 額	標準負担額を除く 一部負担金受領額	
	入 院 (A)	外 来 (B)	(C)	(D)	(A) + (B) - (C) - (D)	
	円	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。(年 月診療分) 令和 年 月 日 保険医療機関番号 保険医療機関名 管理者名 印					
一部部負担金 A		高額療養費等額 B		給付決定額 A-B		
入・外 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、領収書を添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。
オ 入院時の食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額は、給付の対象となりません。