

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

(電話 ー)

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(一般) ・ 重度(後期高齢)					
受給者名	受給者証番号		生年月日			
男・女	第	号	T・S・H・R	年	月 日	
保険記号番号		保険種別				
		協会けんぽ・組・船・共・国組・国(一般・退職)・後期高齢				
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						
一部負担金 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 入院に伴う食事療養標準負担額、生活療養標準負担額は、給付の対象となりません。