

様式第5号(第7条関係)

母子家庭医療費助成申請(請求)書

平成 年 月 日

綾町長 殿

住 所 綾町大字

申請者

氏 名

印

平成 年 月分医療費の給付を受けたく申請(請求)します。

申請(請求)額		円	
受給資格証 記号番号		加入 保 険	被保険者氏名
受 診 者	氏 名		保険証記号番号
	生年月日		保 険 名
口座 振替	金融機関名	口座名	口座番号

(注) 1 申請(請求)額は、医療機関等に一部負担金(差額ベッド、電器機具使用料、付添看護料等を除く)として支払った額を記入してください。

2 給付決定額は、申請(請求)額から控除額(足切額、高額療養費等)を差引いた額となります。

この欄は、医療機関及び調剤薬局で記入してください。 なお、差額ベッド、電器機具使用料、付添看護料(医師が認めないもの)おむつ借料等の保険対象以外の経費は、控除してください。	平成 年 月分診療(調剤)報酬 (1 入院 2 外来 3 歯科)	
	診療実日数	左記の金額を受領いたしました。 平成 年 月 日
	日	
	診療報酬一部 負担金受領額	所在地 医療機関等の 名称 氏 名 印
円		
調 剤 報 酬 負担金受領額	左記の金額を受領いたしました。 平成 年 月 日	
円	所在地 調剤、薬局の 名称 氏 名 印	