

ひとり親家庭医療費給付申請書

平成 年 月 日

綾町長 前田 穰 殿

住所 綾町大字

申請者 氏名 印

電話 (0985) 77 -

平成 年 月分の医療費の給付を申請します。

受診者	受給資格者証記号番号			加入保険	被保険者氏名										
	氏名				記号番号										
	生年月日	昭和	平成		年	月	日								
振込先	金融機関名			支店名			口座番号								

注) 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。

<p>この欄は、医療機関及び調剤薬局で記入して下さい。</p> <p>※ 領収書を添付できる場合は記入不要です。</p> <p>保険対象外の経費は控除して下さい。</p> <p>※ 入院時の食事代にかかる標準負担額も控除して下さい。</p>	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	総点数	一部負担金受領額(保険外費用を除く)
	日	点	円
	上記の金額を受領しました。 <p style="text-align: right;">平成 年 月 日</p>		
	所在地 医療機関の 名称 氏名 印		
	調剤実日数	総点数	一部負担金受領額(保険外費用を除く)
日	点	円	
上記の金額を受領しました。 <p style="text-align: right;">平成 年 月 日</p>			
所在地 調剤・薬局の 名称 氏名 印			

* 上記に証明のない場合は、領収書の添付をお願いします。(レシート不可)