様式第7号(第8条関係)

ひとり親家庭等医療費給付申請書

年　　月　　日

　平川市長　　様

住所

申請者

氏名　　　　　　　　　　印

電話番号

　　　　年　　月分の医療費の給付を申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受診者氏名 | 生年月日 | 受給者証番号 |
| 男女 | 年　　月　　日 | 平川市第　　　　　　　号 |
| 保険証記号番号 | 記号 | 保険種別 | 協・組・船・共・国 |
| 番号 | 保険者名 | 　 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険医療機関証明欄 | 保険診療総点数(入院時食事療養費を除く) | 入院　　　　点 | 他法負担点 | 一部負担受領額 |
| 外来　　　　点 | 点 | 円 |
| 　　　　点(円) |
| 上記の一部負担金を受領したことを証明する。 |
| 　 | 医療機関等の所在地・名称院長氏名 | 印　 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　 | 一部負担額A | 標準負担額B | 高額療養費附加給付金C | 受給者負担D | 給付金決定額(A＋B－C－D) |
| 医療機関等 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 保険調剤薬局等 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |

※　太枠内は申請者が記入してください。