

医療費給付申請書

令和 年 月 日

軽米町長 殿

申請者（保護者等）

住所 軽米町大字 第 地割 番地

氏名 ⑩

電話 ()

平成・令和 年 月分 の医療費一部負担金の給付を申請します。

事業名	児童・生徒					
(ふりがな) 受給者名	(男・女)		生年 月日	平成・令和 年 月 日 (満 歳)		
受給者証番号	第 54— — 号					
保険の種別	協会けんぽ・組健・共組・船保 { 本人 } 国保（一・退）・後期高齢 { 家族 }		記号・番号			
保険者名			所在地			
給付金の申請額	円					
給付金の受領方法	受給者証交付申請書に記載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	公費負担医療費点数	点
	一部負担金受領額 (A) (公費負担医療費自己負担分を含む。)	食事療養標準負担額 (B)		生活療養標準負担額 (C)	標準負担額を除く一部負担受領額 (A) - (B) - (C)	
	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 日 保険医療機関番号 保険医療機関名 管理者名 ⑩					
一部負担金 A	高額療養費等額 B			給付決定額 A-B		
円	円			円		

(注) ア 医療機関等の証明に代えて、裏面に領収証を貼付することもできます。

イ 医療機関等記入欄の診療実日数は、薬局にあつては、処方箋枚数を記入して下さい。

ウ 太線の枠内は、記入しないで下さい。