

ひとり親家庭医療費給付申請書

令和 年 月 日

軽米町長 殿

申請者（受給者等）

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。

（ふりがな） 受給者名	(男・女)	生年 年月日	昭和・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 家族〕 国保（一・退）・後期高齢	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	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。