ひとり親家庭等医療費給付申請書

年　　月　　日

　　つがる市長　様

住所

申請者

氏名　　　　　　　　印

　　　　　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　 | つがる市　第　　　　　　　　号 |
| 被保険者等記号・番号 | 記号 | 保険種別 | 政・組・船・共・国 |
| 番号 | 保険者名 | 　 |
| 支払金融機関 | 銀行　　　　　店 | 口座番号 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | 一部負担受領額点　　　　　　　円 |
| 外来　　　　点 |
| 点（円） |
| 入院食事療養費入院日数 | 日 | １日当りの標準負担額 | 円 | 標準負担受領総額 | 円 |
| （※入院時食事療養費については、平成17年９月以前の分のみ記入してください。）　　上記の一部負担金及び標準負担額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 | 附加給付金Ｃ | 受給者負担額Ｄ | 給付決定額（Ａ＋Ｂ－Ｃ－Ｄ） |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |

　※太枠内は申請者が記入して下さい。