様式第６号（第９条関係）

年　　月　　日

岩泉町長　　様

届出人（受給者等）

　　　　　　　　　　　住所　岩泉町　　　　　字　　　　　　番地

氏名

（電話番号　　　　　　　　　　）

医療費給付申請書

　　　　年　　月分の医療費一部負担金の給付を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業名 | | 子ども・妊産婦・重度心身障がい者・ひとり親家庭・寡婦 | | | | | | | | | | |
| 受給者名 | | | | | | | 受給者証番号 | | | | 被保険者等の記号・番号 | |
| 男　１・女　２ | | | | | | | 第　　　　　　　　　号 | | | |  | |
| 保険種別 | | | | | | | 区分 | | | | 保険者名 | |
| 国保(一・退)・社保･共済･船保･後期高齢  その他(　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | 本人１・家族２ | | | |  | |
| 給付金の申請額 | | | | | 円 | | | | | | | |
| 給付金の受領方法 | | | | | 医療費受給者証交付（更新）申請書に記載した金融機関に振込してください。 | | | | | | | |
| 医療機関等記入欄 | 診療実日数 | | 日 | 総点数 | | 点 | | | 公費負担医療点数 | | | 点 |
| 一部負担金受領額（公費負担医療自己負担分を含む。) 　Ａ | | | 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  Ｄ（＝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。  保険医療機関番号  保険医療機関名  管理者名 | | | | | | | | | | | |
| 一部負担金　 Ｄ | | | | 高額療養費等額　 Ｅ | | | | | | 給付決定額　 Ｄ－Ｅ | | |
| 円 | | | | 円 | | | | | | 円 | | |

注）ア　申請者は、太線の枠内に必要事項を記入してください。

イ　医療機関等の証明に代えて、裏面に領収書を貼付することもできます。

ウ　医療機関等記入欄の診療実日数は、薬局にあっては、処方箋枚数を記入してください。

エ　二重線の枠内は、記入しないでください。　　　　　　　　　　　　　（Ａ４）