

医療費給付申請書

年 月 日

西和賀町長 様

申請者 住所 西和賀町
氏名
電話番号

年 月分の医療費一部負担金の給付を申請します。

本人記入欄	事業名	子ども・児童生徒・妊産婦・重度（一般・後期高齢）・ひとり親家庭・寡婦・老人・結核及び精神											
	受給者番号				生年月日				受給者氏名				
	第 号				昭和 年 月 日				男・女				
	健康保険証	保険種別	協会けんぽ（一般・日雇）・組合・船員・共済・国保組合・国保（一般・退職）・後期高齢										
		記号番号							区分	本人・家族			
		保険者名	(保険者番号)										
	給付金の申請額												円
	給付金の受領方法		受給者証交付（更新）申請書に記載した金融機関に振り込んでください。										

医療機関等記入欄	診療年月	年	月	実日数（入院・外来）				日	保険診療点数				点	
	一部負担金受領額												円	
	薬剤一部負担金受領額												円	
	入院時食事療養費標準負担額												円	
	合計額												円	
	医科記入欄		院外処方 なし・あり											
	薬科記入欄		処方箋発行医療機関：											
	上記のとおり受領したことを証明します。													
	年 月 日													
	医療機関コード													
医療機関等の所在地と名称														
開設者氏名												印		
※医療機関コード						診療科コード	区分							

※ 審査決定	高額療養費給付金											円
	附加給付金											円
	給付決定額											円
摘要											担当者	印

- (注) 1 太枠内は申請者が記入してください。
 2 医療機関等の証明に代えて、領収書を添付することもできます。
 3 入院に伴う入院時食事療養費標準負担額は、給付の対象となりません。
 4 ※印のついた枠内は記入しないでください。