

記入例

医療費給付申請書

令和〇年〇月〇日

西和賀町長 様

申請者 住所 西和賀町 沢内字太田 1-2-3

氏名 西和賀 花子

電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

令和〇年〇〇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 30-97-000111-2 号	明治・大正・昭和・平成 1年2月3日	西和賀 花子 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	300-00030	区分	本人・家族
		保険者名	西和賀町、全国健康保険協会岩手支部 等 （保険者番号） 030650 等		
		給付金の申請額	〇〇〇〇円		
	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										
※医療機関コード										
診療科コード										
区分										

※	高額療養費給付金	円
審査	附加付金	円
決定	給付決定額	円
摘要		担当者 ㊟

- (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。