

# ひとり親家庭等医療費給付申請書

平成 年 月 日

六 戸 町 長 殿

住所  
申請者  
氏名

印

平成 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	昭・平 年 月 日		六 戸 町 第 号	
保 険 証 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

① 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
		外来 点		
		点(円)		点 円
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。				
保険医療機関の 所在地・名称				
院 長 氏 名 印				

一部負担額A	標準負担額B	付加給付金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。