

六戸町ひとり親家庭等医療費給付申請書

年 月 日

六 戸 町 長 殿

住所
申請者
氏名

⑩

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		
保 険 証	記号	保険種別	
	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 <small>(入院時食事療養費 を除く)</small>	入院	点	他法 負担 点	一部負担受領額	
		外来	点			
		点(円)				点
<p>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。</p> <p style="text-align: center;">保険医療機関の 所在地・名称</p> <p style="text-align: center;">院 長 氏 名 ⑩</p>						

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。