

給付

- 重度心身障害者
- 中度身体障害者
- ひとり親家庭等
- 小学生
- 乳幼児
- 妊産婦
- 寡婦等
- 中学生

医療費給付申請書

記載例

平成 30 年 〇 月 〇 日

盛岡市長 様

該当する事業に  
レ点を記入してください

申請者 住所 盛岡市内丸12-2

氏名 盛岡 太郎

※ 自署の場合、押印は省略できます。

連絡先 090-XXXX-XXXX

次のとおり医療費一部負担金の給付を申請します。

本人記入欄	受給者証番号										受給者氏名		生年月日		
	0	1	1	0	5	4	3	2	1	0	9	盛岡 花子		平成17年4月10日	
	保険者番号				030015				保険者名		盛岡市国保				
	区分		本人・ <u>家族</u>				保険証記号番号		123456・789						

領収書等を添付する場合は、以下の記入は不要です。

医療機関等記入欄	診療年月	年	月	診療分
	実日数	(入院・外来)		日
	保険診療点数			点
	柔整・訪問看護等金額			円
	一部負担金受領額 ①			円
	入院時食事療養費標準負担額 ②	( 日×単価	円)	円
	合計額 ① - ②			円

上記のとおり受領したことを証明します。

年 月 日

医療機関等の所在地

医療機関等の名称

開設者氏名

※処方せん発行医療機関 ( )

領収書をなくした場合は、  
医療機関等記入欄に証明して  
もらうことで申請できます。  
※受給者ごと、月ごと、  
医療機関ごと、入院・外  
来・歯科ごとに必要

印