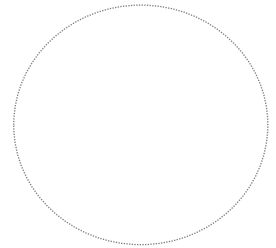


給付

- 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



年 月 日

盛岡市長 様

申請者 住所

氏名

印

※ 自署の場合、押印は省略できます。

連絡先

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			
															年	月	日
	保険者番号										保険者名						
	区分		本人・家族				保険証記号番号										

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

医療機関コード

医療機関等の所在地

医療機関等の名称

開設者氏名

印

※処方せん発行医療機関 ()