

給付

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

医療費給付申請書

令和3年 4月 3日

盛岡市長 様

申請者 住所 盛岡市肴町XX-XX

氏名 岩手 太郎

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	0 1 6 0 9 9 9 9 9 9	※ 申請する方は、太線の枠内に必要事項を記入してください。	
	受給者氏名	岩手 一郎	生年月日	T S H R 18年5月10日
	保険証記号番号	0310-XXXXX	保険者番号	0 3 0 0 1 5

診療年月	H R 年 月診療分	診療日数	入院・外来	日
保険診療点数				点
柔整・装具 訪問看護				円
一部負担金 受領額				円
医療機関等証明欄	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				
※処方せん発行医療機関 ( 印 )				

※ 医療機関等の証明に代えて、領収書(写し可)を添付して申請できます。

※ 領収書は、必要事項(受診者名、入院外来別、診療日、診療点数、一部負担金)が記載されているものに限りです。