

給付

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

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													※ 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								生年月日	T S	年	月	日		H R
	保険証記号番号						保険者番号								

医療機関等証明欄	診療年月	H	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
	<p>上記のとおり受領したことを証明します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関コード</p> <p style="text-align: center;">医療機関等の所在地</p> <p style="text-align: center;">医療機関等の名称</p> <p style="text-align: center;">開設者氏名 (印)</p> <p style="text-align: center;">※処方せん発行医療機関 ()</p>								

※ 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ま