

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
 高校生等

医療費給付申請書

令和5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				

医療機関等証明欄	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
	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 ()							

※ 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す。