

給付

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

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 H R	年 月 日		
	医療保険記号番号						保険者番号						

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 ※処方せん発行医療機関 (⑩)							

※ 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。