

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

令和XX年 XX月 XX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	0160999999	※ 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	XX年 XX月 XX日				
	保険証記号番号	0310-XXXXX				保険者番号	030015					

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 ()								

※ 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。