

第7号様式(第8条関係)

ひとり親家庭等医療費給付申請書

令和 年 月 日

中泊町長殿

住所 中泊町大字

申請者

氏名

印

平成・令和 年 月分の医療費の給付を申請します。

受診者氏名	生年月日	受給資格証番号	
男 女	昭・平・令 年 月 日	中泊町 第	号
保険証 記号・番号	記号	保険種別	
	番号	保険者名	
支払金融機関	銀行	支店	口座番号

① 医療 機関 証明 欄	保険診療 総点数 (入院時食事医療費を除く)	入院 外来 点 点 点(円)	他法 負担 点	一部負担受領額 点 円
	入院 (食事医療費入院日数)	日	1日当たりの 標準負担額	円
	上記の一部負担金及び標準負担額を受領したことを証明する。 保険医療機関の 所在地・名称 院長氏名 印			

② 調剤 薬局 証明 欄	調剤報酬点数	点
	一部負担受領額	円
	上記の一部負担金を受領したことを証明する。 保険薬局の 所在地・名称 管理者氏名 印	

一部負担額 A	標準負担額 B	付加給付金 C	受給者負担額 D	給付決定額 (A+B-C-D)

※太枠内は申請者が記入してください。
※調剤の院外処方した時は、②に調剤薬局からの証明をもらうこと。