

東北町ひとり親家庭等医療費給付申請書

年 月 日

東北町長様

住所 上北郡東北町
申請者
氏名

印

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	年 月 日	東北町第 号						
保険証 記号・番号	記号	保険種別	国保	全健保	組合	船員	共済	その他
	番号	保険者名						
支払金融機関	銀行/信用金庫/信用組合/農協		支店・所	口座番号				

保 険	保険診療 総点数 (入院時食事療養費を除く)	入院 外来	点 点	他法 負担	点	一部負担受領額	
		点(円)	点	点	点	円	円
医 療 機 関 証 明 欄	入院 食事療養費入院日数	日	1日当りの 標準負担額	円	標準負担 受領総額	円	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。 医療機関等の 所在地・名称 院長氏名 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-C-D)

* 太枠内は申請者が記入してください。