

記入例

太線の内側だけ記入してください。

ひとり親家庭医療費給付申請書

久慈市長 様

子どもの医療費給付の場合、申請者は保護者になります。

申請者(受給者等)

住所 **久慈市川崎町1-1**

氏名 **久慈 太郎**

電話番号 **52-2111**

(平成・令和) 年 月分の医療費一部負担金の給付を申請します。

受給者名	受給者証番号	医療保険記号番号						
久慈 春子 男・女 (S・H・R) 3 年 4 月 15 日	第 07-XX-XXXXXX-X 号	123456-789						
医療保険種別	区分	保険者名						
国保(一般・退職)・ 協会けんぽ ・健保 国組・共済・船保・後期	本人・ 家族	全国健康保険協会××支部						
給付金の申請額	円							
給付金の受領方法	受給者証交付申請書に記載した金融機関に振込みしてください。							
医療機関等記入欄	診療実日数	日	総点数	点	公費負担医療点数	点		
	一部負担金受領額 (公費負担医療自己負担分を含む。) (A)	円	食事療養標準負担額 (B)	円	生活療養標準負担額 (C)	円	標準負担額を除く一部負担受領額 (A)-(B)-(C)	円
	上記の一部負担金を受領したことを証明する。							
	保険医療機関番号 保険医療機関名 管理者名 電話番号 担当者名							
領収書を提示いただく場合、医療機関の証明は不要です。	額療養費等額 B	円	給付決定額 A-B	円				

- 備考1 申請者は、太線の枠内に必要事項を記載してください。
- 2 医療機関等の証明に代えて、裏面に領収書を貼付することもできます。
- 3 医療機関等記入欄の診療実日数は、薬局にあっては、処方箋枚数を記載してください。
- 4 二重線の枠内は、記載しないでください。