

# 記入例

太線の内側だけ記入してください。

## 療費給付申請書

子どもの医療費給付の場合、申請者は保護者になります。

久慈市長 様

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。

事業名	乳幼児・ <b>小学生</b> ・中学生・高校生等・妊産婦・重度(一般)・重度(後期高齢者)					
受給者名	受給者証番号	医療保険記号番号				
<b>久慈 春子</b> 男・ <b>女</b> (T・S・ <b>H</b> ・R <b>25</b> 年 <b>3</b> 月 <b>30</b> 日)	第 <b>07-XX-XXXXXX-X</b> 号	<b>123456-789</b>				
医療保険種別	区分	保険者名				
国保(一般・退職)・ <b>協会けんぽ</b> ・健保 国組・共済・船保・後期	本人・ <b>家族</b>	<b>全国健康保険協会××支部</b>				
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)	食事療養標準 負担額 (B)	生活療養標準 負担額 (C)	標準負担額を除く 一部負担受領額 (A) - (B) - (C)		
	円	日	円	日	円	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 (印)					
領収書を提示いただく 場合、医療機関の証明 は不要です。	高額療養費等額 B	給付決定額 A - B				
円	円	円				

- 注)ア 申請者は、太線の枠内に必要事項を記入してください。  
イ 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。  
ウ 医療機関等記入欄の診療実日数は、薬局にあっては、処方箋枚数を記入してください。  
エ 二重線の枠内は、記入しないでください。