

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

令和 年 月 日

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 春子

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・小学生・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			
久慈 春子 男・ 女 (T・S・ H ・R 2 年 3 月 30 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してください。				
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
医療機関等記入欄					
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					
④					
高額療養費等額 B			給付決定額 A - B		
円	円	円	円	円	円

領収書を提示いただく場合、医療機関の証明は不要です。

- 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。