

ひとり親家庭等医療費給付申請書

令和 年 月 日

五所川原市長

【申請者】住所 五所川原市

氏名

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	受給者番号（7ケタ）	
	昭・平・令 年 月 日		
被保険者（等）記号・番号	記号	保険種別	協会・健組・共済 国保・国組
	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 療養費を除く)	入院 点	他法 負担 点	一部負担 受領額	円
		外来 点			
		点			
上記の一部負担金を受領したことを証明する。					
保険医療機関の所在地・ 名称・院長または管理者氏名 印					

② 保険薬局 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	高額療養費 加給付 B	負担給付 者額 C	給付決定額 A-B-C
①			
②			
計			

※太枠内は申請者が記入してください。