

様式第7号(第8条関係)

ひとり親家庭等医療費給付申請書

令和 年 月 日

南部町長 様

申請者 住所

氏名

連絡先

年 月分の医療費の給付を申請します。

受診者氏名	続柄	生年月日	資格証番号
男 女		年 月 日	第 号
保険種別	保険証記号番号		保険者名
組合・社保・国保・	記号	番号	

\*太枠内は、申請者が記入してください。

医療機関が発行する領収書を添付するか、次の欄を受診した医療機関に記入してもらってください。

<医療機関証明欄>

医療 機 関 証 明 欄	診療月	年 月	診療科 (総合病院のみ記入)	
	保険診療 総点数	入院	/ ~ / 日	処方せん発行元 (保険調剤薬局のみ記入)
			点 (円)	保険適用分一部負担額
	外来	点 (円)	円	
上記のとおり受領済であることを証明します。 年 月 日 医療機関等の 所在地・名称 開設者氏名				
<記入上の注意> 1 か月ごとの合計額を記入してください。総合病院の場合は、診療科も記入。 薬局については、処方せん発行元も記入。処方せん発行元が総合病院の場合は科ごとに記入。 接骨院等については外来欄に総医療費、一部負担額欄に保険適用分の実徴収金額を記入。				

<町記入欄>

一部負担額 A	標準負担額 B	附加給付金 C	受給者負担額 D	給付決定額(A+B-C-D)