様式第６号（第６条関係）

医療費給付申請書

令和 　　　年　　　月　　　日

　滝沢市長　　様

申請者　住　　所　滝沢市

氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　印

電話番号

　　　　　年　　月分の医療費一部負担金の給付を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業名 | | 子ども　・妊産婦　・重度（一般）　・重度（後期高齢）　・ひとり親家庭 | | | | | | | | | | |
| 受　　給　　者　　名 | | | | | | | 受給者証番号 | | | | 生　 年　 月　 日 | |
| （男・女） | | | | | | | 第号 | | | | M･T  S･H 　 年　　月　　日生  （　歳） | |
| 保　　険　　種　　別 | | | | | | | 保険者名 | | | | 保険証記号番号 | |
| 国保（一般・退職）・社保・共済・船保  ・組合・国組・後期高齢・その他（　） | | | | | | |  | | | |  | |
| 区分 | | | 本人　　　　　・　　　　　家族 | | | | | | | | | |
| 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。 | | | | | | | | | |
| 給付金 申請額 | | | 円 | | | | | | | | | |
| 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（公費負担医療自己負担分を含む）額  (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 | | | 日　　　　　　円 |
| 年　　月診療分  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  電話番号　（　　　　）　　　　　― | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **※**  一部負担金Ａ | **※**  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　※は、記入しないでください。