

藤崎町ひとり親家庭等医療費給付申請書

平成 年 月 日

藤崎町長

住所 藤崎町大字

申請者 氏名 印

電話

平成 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	受給者証番号	
男 女	昭和・平成 年 月 日	藤崎町第 号	
保険証 記号・番号	記号	保険種別	協・組・船・共・国
	番号	保険者名	
支払金融機関	銀行 金庫 農業協同組合 支店	口座種類	普通・当座
		口座番号	
		口座名義	(カタカナで記入してください)

① 医療 機 関 証 明 欄	保険診療 総点数 (入院食事療養費を除く)	入院 外来 点 点 点(円)	他法 負担 点	一部負担受領額 点 円	
	入院 食事療養費	食事回数 回	1食当りの 標準負担額	円	標準負担 受領総額 円
	上記の一部負担金及び標準負担額を受領したことを証明する。 医療機関等の 所在地・名称 開設者氏名 印				

② 調剤 薬 局 証 明 欄	調剤報酬点数	点	一部負担受領額	点 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 開設者氏名 印			

一部負担金 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)

※太枠内は申請者が記入してください。

※調剤の院外処方した時は、②に調剤薬局からの証明をもらってください。

件数	点数	金額