

藤崎町ひとり親家庭等医療費給付申請書

年 月 日

藤崎町長

住所  
申請者 氏名 (※)  
電話

(※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

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	年 月 日	藤崎町第 号
保険証番号	記号	保険種別
	番号	協・組・船・共・国
支払金融機関	銀行	口座種別
		口座番号
	支店	口座名義

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 外来点 点(円)	他法負担 点	一部負担 受領額 点 円
	入院食事療養 費 入院日数	日	1日当りの 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。  保険医療機関の 所在地・名称  院長氏名 (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 (調剤含む)A	標準負担額 B	付加給付金 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。