様式第７号(第８条関係)

深浦町ひとり親家庭等医療費給付申請書

　　　年　　　月　　　日

　深　浦　町　長　　殿

住所　 深浦町大字

申請者

氏名

連絡先

　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 | 受給者証番号 | |
|  | 年　　月　　日 | 深浦町　第　　　　　　　　号 | |
| 保険証記号番号 | 記号 | 保険種別 | 協会・健組・共済・国保・国組・後期 |
| 番号 | 保険者名 |  |
| 支払金融機関 | 銀行　　　　　　　店 | | 口座番号 |

（口座名義　　　　　　　　　　　）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険医療機関証明欄 | 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 | | |
| 外来　　　　　　　点 | | 点　　　　　　　円 | | |
| 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 |
| (※入院時食事療養費については、平成17年9月以前の分のみ記入してください。)  　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 | |  | | | |
| 院長氏名 | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 一部負担額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。