

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	一部負担受領額	
		外来	点		点	円
		点(円)	点			
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。