

様式第7号(第8条関係)

課長		G L		担当者	
----	--	--------	--	-----	--

ひとり親家庭等医療費給付申請書

令和 年 月 日

東通村長 畑 中 稔 朗 殿

申請者 住所 東通村大字
氏名

印

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	受給者番号
ふりがな		
男女	昭・平 年 月 日	東通村第 号
保険証	記号	保険種別 社・組・船・共・国
記号番号	番号	保険者名
支払金融機関	銀行	支店 口座番号

保険	保険診療 総点数	入院 点 外来 点	他法 負担 点	一部負担受領額		
	(入院時食事療養費を除く)	点(円)	点	円		
医療	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
機関 証明 欄	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 印					

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。

一枚で1ヶ月分の申請となります。
(一枚の申請書で何ヶ月分もの申請はできません。)