

西目屋村ひとり親家庭等医療費給付申請書

年 月 日

西目屋村長 殿

(申請者)

住 所 西目屋村大字

氏 名

㊟

平成 年 月分医療費の給付を申請します。

受診者氏名		生年月日		受給資格証番号	
(男・女)		平成 年 月 日 (歳)		西目屋村 第 号	
保険証 記号・番号	記号		保険種別	国保・国組・健政・健組 共済・船	
	番号		保険者名		
支払金融機関	銀行・信用金庫・農協		口座番号		
	支店		口座名義		

* 太枠内は申請者が記入してください。

保 険 医 療 機 関 証 明 書	保険診療 総点数 (入院時食事療 養費を除く。)	入 院 点	他方負担 点	一部負担受領額	
		外 来 点		円	
		点 (円)		円	
	入 院 食事療養費	入院日数 日	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 ㊟					

一部負担額 A	標準負担額 B	附加給付金 C	受給者負担金 D	給付決定額 (A+B-C-D)