

西目屋村ひとり親家庭等医療費給付申請書

平成 年 月 日

西目屋村長 殿

(申請者)
住 所 西目屋村大字
氏 名

⑩

平成 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		受給資格証番号	
(男・女)		昭和・平成 年 月 日 (歳)		西目屋村 第 号	
保険証	記号		保険種別	国保・国組・健政・健組 ・共済・船	
記号・番号	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 險 医 療 機 関 証 明 書	保険診療 総点数 (入院食事療 養費を除く)	入 院 点 ----- 外 来 点 ----- 点 (円)	他方負担 点	一部負担受領額 点 円	
	入 院 <small>食事療養費入院日数</small>	日		1日当たりの 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。 医療機関等の 所在地・名称 院長氏名 ⑩				

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)