

ひとり親家庭等医療費給付申請書

令和 年 月 日

新郷村長 殿

住所

申請者

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	受給者証番号	
男 女	昭・平 年 月 日	新郷村 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

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 外来 点 点(円)	他法 負担 点	一部負担受領額		
	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						
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。