

様式第 7 号（第 8 条関係）

ひとり親家庭等医療費給付申請書

年 月 日

新郷村長 殿

住所

申請者

氏名

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