

様式第7号（第8条関係）

大鰐町ひとり親家庭等医療費給付申請書

年 月 日

大鰐町長 殿

住 所  
氏 名  
電話番号

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	大鰐町第 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	金 融 機 関 名	支 店 名	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)	他 方 負 担	一 部 負 担 受 領 額
	入 院	点	点 円
	外 来	点	点 円
	調 剤	点	点 円
上記の一部負担金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			

一 部 負 担 額 A	高 額 療 養 費 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。