記入例

太線の内側だけ記入してください。

児童の医療費給付の場合、申請者は保護者になります。

療　費　給　付　申　請

令

久慈市長　様

申請者(受給者等)

住　　所　　久慈市川崎町１－１

氏　　名　　久慈　太郎

電話番号　　52－2111

（　平成　・　令和　）　　年　　月分の医療費一部負担金の給付を申請します。

事業名	乳幼児・小学生・中学生・高校生等・妊産婦・重度(一般)・重度(後期高齢者)		
受給者名		受給者証番号	保険証記号番号
久慈　春子　男・女 (T・S・H・R　2　年　3　月　30　日)		第07－XX－XXXXXX－X号	123456-789
保険種別		区分	保険者名
国保(一般・退職)・協会けんぽ・健保 国組・共済・船保・後期		本人・家族	全国健康保険協会××支部
給付金の申請額	円		
給付金の受領方法	受給者証交付申請書に記載した金融機関に振込してください。		

医療機関等記入欄

診療実日数	日	総点数	点	公費負担医療点数	点

一部負担金受領額(公費負担医療自己負担分を含む。)(A)	食事療養標準負担額(B)	生活療養標準負担額(C)	標準負担額を除く一部負担受領額(A)－(B)－(C)
円	日　円	日　円	円

上記の一部負担金を受領したことを証明する。

保険医療機関番号
保険医療機関名
管理者名　　㊞

領収書を提示いただく場合、医療機関の証明は不要です。

	高額療養費等額　B	給付決定額　A－B
円	円	円

注)ア　申請者は、太線の枠内に必要事項を記入してください。
　イ　医療機関等の証明に代えて、裏面に領収書を貼付することもできます。
　ウ　医療機関等記入欄の診療実日数は、薬局にあっては、処方箋枚数を記入してください。
　エ　二重線の枠内は、記入しないでください。