様式第６号（第９条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療費給付申請書  年　　　月　　　日  大槌町長　　　　　殿  申請者（受給者等）  住　所  氏　名  年　　　月分の医療費一部負担金の給付を申請します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 事業名 | | 子ども・妊産婦・重度(一般)・重度(後期高齢)・重度(長期) | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 受給者名 | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | 保険証記号番号 | |
|  | | | | | 男１  女２ | 第 号 | | | | | | | | | |  | |
| 保険種別 | | | | | | | | | 区分 | | | 保険者名 | | | | | |
| 国保・社保・共済・船保・(　　　　　) | | | | | | | | | 本人１・家族２ | | |  | | | | | |
| 給付金の申請額 | | | | 円 | | | | | | | | | | | | | |
| 給付金の受領方法 | | | | 医療費受給者証交付申請書に記載した金融機関に振込みをしてください。 | | | | | | | | | | | | | |
| 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） | | | | | | | | | 入院時食事療養費標準負担額　（Ｂ） | | | | | 食事療養費を除く一部負担受領額　（Ａ）－（Ｂ） | | |
| 円 | | | | | | | | | 日　　　　　　　円 | | | | | 円 | | |
| 上記の一部負担金を受領したことを証明する。  保険医療機関名  保険医療機関住所  管理者名 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 一部負担金　　　Ａ | | | | | | | 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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |