

様式第4号

心身障害者・**こども・ひ**とり親家庭等 医療費給付申請書

記入例

年 月 日

玉野市長

殿

下記のとおり、医療費の給付を申請します。

なお、受給資格の確認に必要な場合、公簿により私の世帯の所得並びに国民健康保険及び後期高齢者医療制度の加入状況を確認されることを承諾します。

申請者氏名	玉野 めばる (親)		受給資格者との続柄	父
申請者住所	〒706-0011 玉野市宇野1-27-1		TEL 0863 ( 32 ) 5554	
受給資格者	フリガナ	タマノ ツツジ	受給資格者の生年月日	昭平令 ○○年××月△△日
	氏名	玉野 つつじ (子)		
給者	加入保険者名(会社名)	全国健康保険協会	保険記号番号	1234567 123
			単県公費受給資格者番号	空欄

診療(調剤)報酬・訪問看護療養費領収証明書		医 歯 薬 訪	
年 月分	保険者番号	給付割合	9 8 7 ( )
入区	<p>・この欄は、領収書を添付する場合は、記入不要です。</p> <p>・領収書をなくした場合は、この欄に、医療機関で証明をもらってください。</p>		円
入外			
加患氏			印

口座番号	金融機関の名称	( 中国 ) 銀行・信用金庫・農協 ( 宇野 ) 本店・支店・支所
	口座種別と号	普通預金 口座番号
	口座番号	1 2 3 4 5 6 7
	フリガナ	タマノ メバル
	名義人	玉野 めばる

市町村記入欄※	診療年月	受給資格者番号					
	医療機関等コード	<p>(添付書類)</p> <p>・医療機関の領収証 (原本)</p>					
	加入保険者番号						
	決定点数(金額)						
	性別					生年月日	
	総医療費(A)	窓口	単県公費一部負担額(月額)(E)	単県公費償還給付額(F)			
	円	円	円				
決	課長	課長補佐	係長	主査	係	システム入力	支出命令
裁						月 日	月 日