

医療費支給申請書（請求書）

川北町の条例の規定により医療費の支給を受けたいので申請します。

平成 年 月 日

住 所 川北町字

申請者氏名

印

川北町長

※ 対象項目を○で囲んでください。

医療費の種別	乳幼児・児童・生徒等	身体障害者	ひとり親	寡 婦
受給者証 記号番号		保育所、学校等での ケガの有無	有	無
診療を受けた 人の名前		男・女	生年月日	大正 昭和 平成 年 月 日生
保護者氏名		保護者との続柄		

医療機関記入欄（医療費証明書）

入院・入院外	診療年月	診療実日数	保険対象 総点数	本人負担額	病 院 名
入院・入院外	年 月	日(~)	点	円	
入院・入院外	年 月	日(~)	点	円	
入院・入院外	年 月	日(~)	点	円	
入院・入院外	年 月	日(~)	点	円	
入院・入院外	年 月	日(~)	点	円	

上記金額を領収したことを証明します。平成 年 月 日

患者氏名

医療機関

住所

殿

氏名

印

※診療の翌月から12ヶ月以内に役場住民課に申請して下さい。

※ この欄は記入しないで下さい。

診療報酬額	保険給付額	本人負担額	附加給付額	一部負担額	給付決定額
円	円	円	円	円	円

チェック

--	--