

原村医療費特別給付金支給申請書

区分	
----	--

年 月 日

◎太枠の中を記入

◎この申請書は診療月の数だけ必要です。

申請者 【1】			郵便番号
受給者 【2】		【1】と同 <input type="checkbox"/>	住所 原村 番地
生年月日	年 月 日 (歳)		電話番号(昼間連絡の取れる番号)
			保険証 (後期・国保・国組・協会・組合・共済) ※保険証に変更があった場合は変更届が必要です。

原村長様 下記承諾したので申請します。

1、申請書の審査をするために、村が必要な情報や資料等を医療機関や保険者等に求めることを承諾します。

2、過払い等が発生した時は、返還または充当することを承諾します。

【紛失等の場合はこちらへ】 医療機関証明欄 年 月分科 診療報酬等明細	外 来	入 院	柔道整復師	調剤薬局
	日数	日	点数	点
	負担割合	1 割 2 割 3 割		
	患者負担額	保険適用		保険適用外
		円	円	円

上記のとおり証明します。 年 月 日

医療機関等 住 所 (電話)

名 称 代表者氏名 印

受給者番号 << 年 月分 >>

医療機関 コード	診療 日数	診療点数	負担 割合	本人支払額	△付加 給付額	△高額 療養費	支給決定額
		点	割	円	円	円	円
		点	割	円	円	円	円
		点	割	円	円	円	円
		点	割	円	円	円	円
		点	割	円	円	円	円
		点	割	円	円	円	円
		点	割	円	円	円	円
資格区分	県単・村単			支給合計額		円	

《裏面》

医療機関 コード	診療 日数	診療点数	負担 割合	本人支払額	△付加 給付額	△高額 療養費	支給決定額
		点	割	円	円	円	円
		点	割	円	円	円	円
		点	割	円	円	円	円
		点	割	円	円	円	円
		点	割	円	円	円	円
		点	割	円	円	円	円
		点	割	円	円	円	円
		点	割	円	円	円	円
		点	割	円	円	円	円
		点	割	円	円	円	円
		点	割	円	円	円	円
		点	割	円	円	円	円
		点	割	円	円	円	円
		点	割	円	円	円	円
		点	割	円	円	円	円
資格区分	県単・村単			支給合計額			円

◎世帯主医療費特別給付金をご利用の方のみ、下欄にご記入願います。

振込先金融機関	支店名	口座番号							種別	口座名義人
									フリガナ	
委任状	なお、支給される費用の額の受領については、口座名義人に委任します。 氏 名 ㊟									