

様式第5号（第3条関係）

母子・父子家庭医療費助成金申請（請求）書

年 月 日

（宛先）えびの市長

申請者	住 所	
	氏 名	印

年 月分医療費の給付を受けたく申請（請求）します。

申 請（請 求）額				
受 給 資 格 証 番 号		加 入 保 険	被 保 険 者 氏 名	
受 診 者	氏 名		保 険 証 記 号 番 号	
	生 年 月 日		保 険 名	
金 融 機 関		預 金 種 別	口座名義	口座番号

- （注）1 申請（請求）額は、医療機関等に一部負担金（差額ベッド、電気器具使用料、付添看護料、おむつ借料、入院時食事療養に係わる食事療養標準負担額等を除く）として支払った額を記入してください。
- 2 給付決定額は、申請（請求）額から控除額（高額療養費等）を差引いた額となります。

この欄は、医療機関及び調剤薬局で記入してください。 なお、差額ベッド、電気器具使用料、付添看護料（医師が認めないもの）、おむつ借料、入院時食事療養に係わる食事療養標準負担額等は、控除してください。	年 月分診療（調剤）報酬 （1 入院 2 外来 3 歯科）			
	診療実日数	総 点	保険以外公費点数	一部負担額受領額
	日	点	点	円
	上記の金額を受領いたしました。 年 月 日 所在地 医療機関等の 名称 氏 名 印			
	調 剤 報 酬 負 担 金 受 領 額	左記の金額を受領いたしました。 年 月 日 所在地 調剤薬局の 名称 氏 名 印		
	点			
円				