

様式第7号（第8条関係）

黒石市ひとり親家庭等医療費給付申請書

令和 年 月 日

黒石市長 殿

申請者 住所 黒石市 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

(電話 - )

年 月分の医療費の給付を申請します。			
受診者氏名	生年月日	受給者証番号	
男 女	年 月 日	黒石市 第 号	
被保険者 記号番号	記号	保険者名	
	番号		

保険 医療 機関 証明 欄	保険診療 総点数 (入院時食事療養費を除く)	入院 点	他法 負担 点	一部負担受領額	
		外来 点		点 円	
		点 (円)			
入院時 食事療養費	入院日数 日	1日当たりの 標準負担額	円	標準負担 受領額	円
上記の一部負担金及び標準負担額を受領したことを証明する。					
医療機関等の 所在地・名称					
院長 氏名 ⑩					

	一部負担額A	標準負担額B	高額療養費 附加給付金C	受給者負担額D	給付決定額 (A+B-C-D)
医療機関等					
保険薬局等					

※太枠内は申請者が記入してください。