南 牧 村 福 祉 医 療 費 支 給 申 請 書

年　　月　　日

南 牧 村 長　　宛

住所：南牧村大字

申請者　氏名：　　㊞

電話：

受給対象者	資格区分	・こども　・障がい者　・母子家庭等 ・父子家庭　・寡婦　・妊産婦			
	氏名		生年月日	年　月　日	
	受給者番号				
	医療保険 種類	1 南牧村国保　2 国保組合　3 協会健保　4 組合健保 5 共済組合　6 後期高齢者			
	医療保険 保険の名称		保険者番号		

医　療　機　関　等　証　明　欄

年　月分

・入院（期間：　日～　日の　日間）
・入院外　・調剤

診療科名　　科

保険点数　　点

（上記に対する自己負担額　　円）

食事療養費　　円

公費負担制度適用：　あり　・　なし

自立支援医療（育成・更正・精神）・特定疾患

小児慢性・その他（　　）

院外処方箋（交付あり　・　交付なし）
薬局では発行医療機関名を下記へ記入

医療機関名：

年　月　日

医療機関等
所在地
名　称
氏　名　　㊞

受付印	備考	
		医療費総額　円
		保険対象 自己負担額　円
		高額療養費　円
		付加給付額　円
		食事負担額　円
		受給者負担　円
		支給決定額　円