

様式第5号(第7条関係)

受付	令和	年	月	日	担当者 ㊞	診療 年月	年	月	分	日数	日
保 険 診 療 総 点 数	一 部 負 担 金					控 除		差引償還額 (助成額)			
	医 療 費		計		付加給付額						
点	円				円						
他法負担点数	食事療養費		円		高額療養費		円				
点	円				円						
加入医療保険		国保	一般 退職(本人 ・ 扶養)				社保	本人 ・ 扶養			

(子ども ・ 母子等 ・ 重度障害者) 医療費交付申請書(請求書)				
令和 年 月 日				
越前町長 様				
越前町				
申請者 住所				
氏名				
個人 番号				
受給者番号				
個人番号				
氏 名 生年月日		(M.T.S.H.R 年 月 日生)		
加入医療 保険		名 称		
		記号 ・ 番号		

領 収 書	診 療 内 容		
	診療区分	医 ・ 歯	食 事 療 養 費
	入院区分	入院 ・ 外来	
	保健診療 総 点 数	点	円
¥			
領収日 令和 年 月 日			
ただし、 年 月分の保険診療一部負担金			
医療機関 住所			
名称			
氏名 ㊞			
様			

※領収書欄に記入がない場合は、医療機関発行の領収書の写しを添付すること。