

様式第3号(第4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)	円	
	医療費	計			付加給付額					
点	円			円		円		円		
他法負担点数	食事療養費					高額療養費		円		
点	円			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					加入 医療 保険	名称			
個人番号						記号・番号			
氏名 生年月日		(T.S.H.R 年 月 日生)							

領 収 書			診療内容		
			診療区分	医・歯	食 事
			入院区分	入院・外来	療 養 費
¥ _____			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。