様式第３号

医療費特別給付金支給申請書　【　　】

平成　　年　　月　　日

北相木村長　殿

申請世帯主　住　　所　　北相木村　　番地

氏　　名　　印

下記により医療費特別給付金の給付を受けたいので申請します。

療養を受けた者の氏　　名		生年月日	明・大・昭　・　・	性　別	男・女
保険種別記号番号	国・政・組・共・日　　（記号－番号）　　－				
保　険　者　名		付加給付	有　　円		無
払込金融機関名	長野八ヶ岳農業協同組合　北相木支所				

医療機関証明欄	保険診療で受けた医療費の総点数 １．診療年月　　平成　　年　　月分 ２．総　点　数　　点 ３．窓口支払額　　円 ４．診療日数　外来・入院　　日 ５．院外処方の有無　　有　・　無 《薬局の場合は処方箋の発行先医療機関名　　》 平成　　年　　月　　日 医　療　機　関　名　　印

給付決定額	円

記入上の注意

１．申請者は太枠内のみ記入して医療機関の証明を受けて下さい。
２．申請は、１ヶ月に１医療機関１科につき１枚を使用して下さい。
３．保険種別記号番号欄の「国」は国保、「政」は政管健保、「共」は共済組合、「日」は日雇健保の略である。それぞれ該当するものを○で囲むこと。