

区分	1 入	2 外	3 長
----	-----	-----	-----

**重 単 医療費助成給付申請書**

令和 年 月 日

花巻市長様

申請者 住所 花巻市  
(受給者等)

氏名 印

令和 年 月分の医療費一部負担金の給付を申請します。

事業名	31 重度(一般)    32 重度(後期高齢)    33 重度(長期) 94 心身障害児(市単)		
受給者名		受給者証番号	
(フリガナ)			
男・女 1・2 (大・昭・平・令 年 月 日生)			
保険種別	1 協会けんぽ ・ 2 日雇健保 ・ 3 組合健保 ・ 4 国保一般 ・ 5 国保退職 6 国保組合 ・ 7 共済組合 ・ 8 船員保険 ・ 9 後期高齢		
区分	本人 0 ・ 家族 1	保険証記号番号	
給付金の受領方法	登録した金融機関に振込みしてください。		
給付申請額			円
一部負担額(A)	附加給付金等(B)	給付決定額(A-B)	
			円

(注)太枠内を記入し、月の初回の受診の際、医療機関等の窓口に提出してください。