

大鰐町子ども医療費給付申請書

年 月 日

大鰐町長 殿

(保護者)

住 所 大鰐町大字

ふりがな

氏 名

電話番号

大鰐町子ども医療費の給付に関する条例第7条の規定による 年 月分の医療費の給付を申請します。

対象者氏名		生年月日		受給資格証番号	
男 女		年 月 日			
保 険 証 記 号 ・ 番 号	記号	保険種別		社・組・船・共・国	
		番号		保険者名	
支払金融機関	銀行 信用金庫 農 協	本店 支店	口座番号		

医 療 機 関 証 明 欄	保 険 診 療 総 点 数 (入院食事療養費を除く)	入院 点 外来 点 点(円)	他法負担 点	一部負担受領額 点 円
	上記の一部負担金を受領したことを証明する。			
	医療機関等の 所在地・名称 開設者氏名			

入院一部負担額A	入院付加給付の額B	①入院給付額 (A - B)
通院一部負担額X	通院付加給付の額Y	②通院給付額 (X - Y)
一部負担額計 (A+X)	付加給付の額計 (B+Y)	給付決定額 (①+②)

※太枠内は申請者が記入して下さい。