

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

大鰐町子ども医療費の給付に関する条例第7条の規定による申請します。

年 月分の医療費の給付を

| | | | | | |
|----------------------|-------------------|----------|------|-----------|--|
| 対象者氏名 | | 生年月日 | | 受給資格証番号 | |
| 男 女 | | 年 月 日 | | | |
| 保 険 証 号 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 | 他法負担 点 | 一部負担受領額 点 円 |
| | | 外来 | 点 | | |
| | | 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。