

平内町乳幼児医療費給付申請書

平成 年 月 日

平内町長 逢坂雄一 殿

(保護者)

郵便番号 ー

住 所 平内町大字 字

氏 名 ㊟

電話番号 ()

平内町乳幼児医療費給付条例第7条の規定による平成 年 月分の医療費の給付を申請します。

対 象 乳 幼 児 氏 名		生 年 月 日		受給資格証番号	
男 女		平成 年 月 日		平内第 号	
保 險 証 記号・番号	記号	保 險 種 別	国 保 ・ 社 保		
	番号	保 險 者 名			
支払金融機関	銀行	本店	口座名義人 (カナ)		
	信用金庫	支店			
	信用組合	出張所	口 座 番 号		
	農協 漁協				

医 療 機 関 証 明 欄	保険診療総点数 (入院時食事療 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	入院受給者負担額C	①入院給付額 (A-B-C)
通院一部負担額X	通院付加給付の額Y	通院受給者負担額Z	②通院給付額 (X-Y-Z)
一部負担額計 (A+X)	付加給付の額計 (B+Y)	受給者負担額計 (C+Z)	給付決定額 (①+②)

※太枠内は申請者が記入してください。