

第6号様式 (第7条関係)

平内町乳幼児・子ども医療費給付申請書

平成 年 月 日

平内町長 船橋 茂久 殿

申請者 住 所 平内町大字

氏 名 (印)

電 話 ( )

平内町乳幼児・子ども医療費給付条例第7条第2項の規定による 年 月分の医療費の給付を申請します。

受診者	受給者番号						
	住 所	同 上					
	氏 名						
	生 年 月 日	平成 年 月 日	電話番号	同 上			
加入保険	名 称						
	保険者番号			保険種別	国保・社保		
	被保険者氏名						
	記 号			番号			
振込先	銀行コード	銀行 信用金庫 信用組合 農協・漁協		支店コード	本店 支店 支所		
	口座種別	普通	口座番号			口座名義人(カナ)	
区分	診療 年 月	日数 (回数)	点数(金額)	他法負担点数	医療費請求額	高額療養費	
請求	入院	日	点	点	円	円	
	入院外						