

平内町乳幼児・子ども医療費給付申請書

年 月 日

平内町長 殿

〒
申請者 住 所

氏 名 ㊟

電 話 ()

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

受診者	受給者番号						
	住 所	□申請者と同じ					
	氏 名						
	生 年 月 日	年 月 日					
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						