

子ども医療費給付申請書

令和 年 月 日

南部町長 様

(保護者)

住 所 南部町大字

氏 名

連絡先

南部町子ども医療費給付条例第7条の規定による 年 月分の医療費の給付を申請します。

記

対象乳幼児氏名		生 年 月 日		受 給 資 格 証 番 号	
男 女		年 月 日		第 号	
被保険者 記号・番号	記号		保険種別	組合・社保・国保・その他 ()	
	番号		保険者名	健康保険組合・南部町・全国健康保険協会 () 支部	
振 込 先	金融機関		支 店		預金種別
	銀行・信用金庫 農協・()		本店・営業部 支店・出張所		普通・当座
	ふりがな 口座名義人				口 座 番 号

医 療 機 関 証 明 欄	保 險 診 療 総 点 数 (入院時食事療養費を除く)	入 院 点	他法負担 点	一 部 負 担 受 領 額
		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 ⑨				

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。