

東北町小学生医療費給付申請書

年 月 日

東北町長様

(保護者)

住所 東北町

氏名

連絡先 ( )

下記のとおり、 年 月分の医療費の給付を申請します。

対象小学生氏名	生年月日	受給資格証番号		
男女	年 月 日	東北町 第 号		
保険証 記号・番号	記号	保険種別	国保	全健保
	番号	保険者名	組合	共済
支払金融機関	銀行/信用金庫/農協 支店・所	口座名義(カナ)		その他
		口座番号		

支払金融機関欄には必ず保護者名義の口座を記入して下さい。

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 外来 点 点(円)	他法 負担 点	一部負担金受領額 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			印

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	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	通院給付額 (X-Y-Z)
一部負担額計 (A+X)	付加給付の額 (B+Y)	受給者負担額 (C+Z)	給付決定額 ( + )

太枠内は申請者が記入してください。