

区分	1 入	2 外	3 長
----	-----	-----	-----

① 医療費助成給付申請書

令和 年 月 日

住田町長 様

申請者 住所

(受給者等) 氏名

令和 年 月分の医療費一部負担金の給付を申請します。

事業名	60 子ども
-----	--------

受給者名	受給者証番号
------	--------

男・女 1・2	4360
------------	------

保険種別	1 協会けんぽ ・2 日雇健保 ・3 組合健保 ・4 国保一般 ・5 国保退職 6 国保組合 ・7 共済組合 ・8 船員保険 ・9 後期高齢
------	---

区分	本人 0・家族 1	保険証記号番号
----	-----------	---------

給付金の受領方法	登録した金融機関に振込みしてください。
----------	---------------------

給付申請額	円
-------	---

一部負担額(A)	附加給付金等(B)	給付決定額(A-B)
----------	-----------	------------

円	円	円
---	---	---

(注)太枠内を記入し、月の初回の受診の際、医療機関等の窓口に提出してください。

区分	1 入	2 外	3 長
----	-----	-----	-----

① 医療費助成給付申請書

令和 年 月 日

住田町長 様

申請者 住所

(受給者等) 氏名

令和 年 月分の医療費一部負担金の給付を申請します。

事業名	60 子ども
-----	--------

受給者名	受給者証番号
------	--------

男・女 1・2	4360
------------	------

保険種別	1 協会けんぽ ・2 日雇健保 ・3 組合健保 ・4 国保一般 ・5 国保退職 6 国保組合 ・7 共済組合 ・8 船員保険 ・9 後期高齢
------	---

区分	本人 0・家族 1	保険証記号番号
----	-----------	---------

給付金の受領方法	登録した金融機関に振込みしてください。
----------	---------------------

給付申請額	円
-------	---

一部負担額(A)	附加給付金等(B)	給付決定額(A-B)
----------	-----------	------------

円	円	円
---	---	---

(注)太枠内を記入し、月の初回の受診の際、医療機関等の窓口に提出してください。