

五戸町乳幼児等医療費給付申請書

令和 年 月 日

五戸町長 様

(保護者) 住 所 五戸町

氏 名

印

電話番号

五戸町乳幼児等医療費給付条例第7条の規定による平成・令和 年 月分医療費の給付を申請します。

※太枠の中を記入してください。

さい。

対象乳幼児等氏名		生 年 月 日		受 給 者 証 番 号	
男 女		平成・令和 年 月 日		五戸町 第 号	
保 険 証 記 号 ・ 番 号	記 号		保険種別	協会 ・ 国保 ・ 健組 共済 ・ 全土	
	番 号		保険者名		

医 療 機 関 等 証 明 欄	保険診療 総 点 数 (入院食事療養 費を除く)	入院 点	他法負担 点	一部負担金受領額
		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			

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	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)

