

五戸町こども医療費助成申請書

令和 年 月 日

五戸町長 様

(保護者) 住 所
氏 名
電話番号

五戸町こども医療費助成事業実施要綱第 4 条の規定による令和 年 月分医療費の助成を申請します。

| | | | | | |
|------------------------|---------------|---------|--|--------------|--|
| 乳幼児等氏名 | | 生 年 月 日 | | 在籍学年 (○をつける) | |
| 男 | | H | | 未就学児 | |
| 女 | | R | | 小、中、高等 学校 年 | |
| 加 入 保 険 証 記 号 ・ 番 号 | 記号 | | | 保険者番号 | |
| | 番号 | | | 保険者名 | |
| 振 込 先 | 金融機関名 | | | 支 店 名 | |
| | フリガナ 口座名義人 | | | 口座種別 口座番号 | |

| | | | | | |
|---|------------------------------------|------|-----------|----------|--|
| 医 療 機 関 等 証 明 欄 | 保険診療 総点数 (入院食 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 | |
| | | 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) |
| | | | |