

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 点	他法負担 点	一部負担金受領額
	(入院食 療養費を除 く)	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 ㊞			

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)