

子

医療費助成給付申請書

令和 年 月 日

金ヶ崎町長 殿

申請者 住所

(受給者) 氏名

令和 年 月分の医療費の一部負担金の給付を申請します

事業名

10 子 ど も

受 給 者 名

受 給 者 証 番 号

男 ・ 女

1 ・ 2

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

区 分

本人0・家族1

保険証記号番号

給付金の受領方法

登録した金融機関へ振込みしてください。

給 付 申 請 額

円

一 部 負 担 金 (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て提出してください。