

区分	1 入	2 外	3 長
----	-----	-----	-----

妊

医療費助成給付申請書

令和 年 月 日

金ケ崎町長 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	20 妊 産 婦		
受 給 者 名	受 給 者 証 番 号		
女			
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、医療機関等の窓口へ提出してください。