

区分	1 入	2 外	3 長
----	-----	-----	-----

① 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	60 子ども	70 妊産婦	96 寡婦
-----	--------	--------	-------

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り込みしてください。
----------	----------------------

給付申請額	円
-------	---

一部負担金(A)	附加給付均等(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提出してください。