

区分 1 入 2 外 3 長

ひ

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

印

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

41 父母 42・43 児童

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・後期高齢

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提出してください。