

乳幼児医療費給付
 おいらせ町 申請書 (兼請求書)
 子ども医療費助成

年 月 日

おいらせ町長 殿

住 所 おいらせ町

ふりがな

氏 名 _____ 印

電 話 _____

※日中連絡がとれるところ

年 月分の医療費の助成を下記のとおり申請します。

対象児氏名	生年月日	受給資格証番号	
男 女	年 月 日	おいらせ町 第 _____ 号	
保 険 証 記 号 ・ 番 号	記号	保険種別	保険協会 (社)・国・組・共・船
	番号	保険者名	
支払金融機関	銀 行 信用組合	信用金庫 農 協	支店
口座名義人 (カタカナ)		口座番号	

※ 太枠内は申請者が記入してください。

※ 記入漏れがある場合は対象外となることがあります。

医療 機 関 証 明 欄	保 険 診 療 総 点 数 (入院時食事療養費を除く)	入院 点	他法負担	一部負担受領額
		外来 点		
		点(円)	点	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 (印)				

一部負担額 A	高額・付加給付等の額 B	給付決定額 A-B