区分 1入 2外

(U)

## 医療費助成給付申請書

令和 年 月 日

住田町長 様

申請者住所

(受給者等)氏名

令和 年 月分の医療費一部負担金の給付を申請します。

 事業名
 父母(41)
 児童(42·43)

 受給者
 者
 受給者証番号

 男·女 1·2
 434

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 ·9 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 登録した金融機関に振込みしてください。 給 付 申 請 額

一部負担額(A) 附加給付金等(B) 給付決定額(A-B) 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。 ただし、事業名欄は「父母」又は「児童」を○で囲み、()内の番号については記入 する必要はありません。 区分 1入 2外

(U)

## 医療費助成給付申請書

令和 年 月 日

住田町長 様

申請者住所

(受給者等)氏名

令和 年 月分の医療費一部負担金の給付を申請します。

保険種別

円

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 国纪组合 • 7 世

6 国保組合 ·7 共済組合 ·8 船員保険 ·9 後期高齢

区 分

本人 0 家族 1 保

保険証記号番号

給付金の受領方法 登録した金融機関に振込みしてください。

給付申請額 一部負担額(A)

附加給付金等(B)

給付決定額(A-B)

円

カロので沙の豚 に岸級明めの売りと担け

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。 ただし、事業名欄は「父母」又は「児童」を○で囲み、()内の番号については記入 する必要はありません。