

風間浦村乳幼児及び児童生徒医療費給付申請書

年 月 日

風間浦村長 殿

(保護者)

住所 風間浦村大字 字
氏名

印

風間浦村乳幼児医療費給付条例第7条第2項の規定による 年 月分の医療費の給付を申請します。

対象乳幼児氏名	生年月日	受給資格証番号	
男 女	年 月 日	風間浦村第 号	
保険証 記号・番号	記号	保険種別	
	番号	保険者名	
支払金融機関	銀行 店	口座番号	

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 ----- 外来 点 ----- 点(円)	他法負担 点	一部負担受領額 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			

入院一部負担額 A	入院付加給付の額 B	入院受給者負担額 C	① 入院給付額(A-B-C)
通院一部負担額 X	通院付加給付の額 Y	通院受給者負担額 Z	② 通院給付額(X-Y-Z)
一部負担額計(A+X)	付加給付の額計(B+Y)	受給者負担額計(C+Z)	給付決定額(①+②)

※太枠内は申請者が記入してください。