

様式第7号

新郷村子ども医療費給付申請書

平成 年 月 日

(保護者)

新郷村長 殿

住所 三戸郡新郷村大字 字

氏名

印

新郷村子ども医療費助成要綱第13条の規定による平成 年 月分医療費の給付を申請します。

給付対象者氏名	生年月日	受給資格証番号		
男 女		新郷子医第 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		口座番号	名義	

医療 機関 証明 欄	保険診療 総点数 <small>(入院食事療養費を除く)</small>	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	入院附加給付の額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	通院附加給付の額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)	附加給付の額計(B+Y)	受給者負担額計(C+Z)	給付決定額(①+②)