

## 新郷村乳幼児医療費給付申請書

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

新郷村乳幼児医療費給付条例第7条の規定による平成 年 月分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		新 郷 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		口座番号	名 義	

医 療 機 関 証 明 欄	保険診療 総点数	入院 点 ----- 外来 点 ----- 点(円)	他法負担  点	一部負担受領額  点 円
	(入院食事療養費を除く)			
	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			

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)

※ 太枠内は申請者が記入して下さい。