

第6号様式(第7条関係)

# 藤崎町子ども医療費給付申請書

令和 年 月 日

藤崎町長

(保護者)

住所 藤崎町大字

氏名

電話

印

健康保険証に記載されている記号、番号を記入してください。

受給資格証の番号を記入してください。

藤崎町子ども医療費給付条例第7条の規定による医療費の給付を申請します。

対象者名	生年月日	受給者資格証番号	
男 女	平 年 月 日	藤崎町第 号	
保険証 記号・番号	記号	保険種別	協・組・船・共・国
	番号	保険者名	
支払金融機関	銀行 金庫	口座種類	普通・当座
	農業協同組合	口座番号	
	支店	口座義	(カタカナで記入してください)

令和 年 月 診療分

医療機関 証明欄	保険証 総点	負担	点	協・・・全国健康保険協会 組・・・組合管掌健康保険 (健康保険組合) 船・・・船員保険 共・・・共済組合 国・・・国民健康保険(国保) ※該当するものを○で囲んでください。
	入院 食事療養費	りの 担額	円	
	上記の一	受領したことを証明	円	
	所在地・名称	開設者氏名	印	

国保・・・藤崎町と記入してください。  
社保・・・保険者が社会保険事務所なら、〇〇社会保険事務所と記入し、健康保険組合、共済の方は保険者の名称を記入してください。

一部負担金 A	標準負担額 B	附加給付金 C	受給者負担額 D	給付決定額(A+B-C-D)

※太枠内は申請者が記入してください。

件数	点数	金額