

子ども医療費給付申請書

年 月 日

藤崎町長

(保護者)

住 所

氏 名

(※)

電 話

(※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

藤崎町子ども医療費給付条例施行規則第7条の規定による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	年 月 日	藤崎町 第 号	
保 険 証 号 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	口 座 種 別	普通 ・ 当座
		口 座 番 号	
	支 店	口 座 名 義	

年 月 診療分						
保 険 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	他法 負担 点	一 部 負 担 受 領 額	
		外 来	点		点 円	
		点(円)				
入院食事療養費	入院日数 日	1 日 当 り の 標 準 負 担 額	円	標 準 負 担 受 領 総 額	円	
上記の一部負担金及び標準負担額を受領したことを証明する。 保 険 医 療 機 関 等 の 所 在 地 ・ 名 称 開 設 者 氏 名 ㊟						

一部負担額A	標準負担額B	付加給付金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。