

西目屋村こども医療費助成申請書

年 月 日

西目屋村長 殿

(保護者・申請者)

住 所 西目屋村大字

氏 名 ㊟

西目屋村こども医療費助成条例第7条の規定による 年 月分医療費の給付を申請します。

| | | | | | |
|--------------|------------|------------------|------|---------------------|--|
| 対 象 者 名 | | 生 年 月 日 | | 受給資格証番号 | |
| (男・女) | | 平成 年 月 日 (歳) | | 西目屋村 第 号 | |
| 保険証 記号・番号 | 記号 | | 保険種別 | 国保・国組・健政・健組 共済・船 | |
| | 番号 | | 保険者名 | | |
| 支払金融機関 | 銀行・信用金庫・農協 | | 口座番号 | | |
| | 支店 | | 口座名義 | | |

* 太枠内は申請者が記入してください。

| | | | | | |
|--|-----------------------------------|-----------|-----------|---------|-------------------|
| 医 療 機 関 証 明 書 | 保険診療 総点数 (入院時食事療 養費を除く。) | 入 院 点 | 他方負担 点 | 一部負担受領額 | |
| | | 外 来 点 | | 円 | |
| | | 点 (円) | | 円 | |
| | 入 院 食事療養費 | 入院日数 日 | 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。 | | | | | |
| 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 | 附加給付金 C | 受給者負担金 D | 給付決定額 (A+B-C-D) |
| | | | | |