

三戸町子ども医療費給付申請書

令和 年 月 日

三戸町長 殿

保護者	住所	三戸町大字
	氏名	フリガナ ⑩
	電話	() -

三戸町子ども医療費給付条例第7条の規定による令和 年 月分医療費の給付を申請します。

対象者氏名	生 年 月 日	受 給 資 格 証 番 号	
男・女	平成・令和 年 月 日 (歳)	<input type="checkbox"/> 0歳～3歳児 <input type="checkbox"/> 4歳～就学前 <input type="checkbox"/> 小中学生 <input type="checkbox"/> 高校生	
保 険 証 記 号 ・ 番 号	記号	保険種別	国・協・組・船・共
	番号	保険者名	三戸町・全国健康保険協会 支部 他 ()
支払金融機関	銀行・農協 信組・信金	店	口座番号

医 療 機 関 証 明 欄	令和 年 月 診療分				
	保 険 診 療 総 点 数 (入院時食事療養費を除く)	入院 点 外来 点 点(円)	他法負担 点	一 部 負 担 受 領 額 点 円	
	入院 日数 日	1 食 当 た り の 食 事 療 養 標 準 負 担 額 円	食 事 療 養 標 準 負 担 額 受 領 総 額 円		
	上記の一部負担金及び食事療養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 印				

入院 件数	入院費用額	入院一部負担額 A	入院付加給付の額 B	入院受給者負担額 C	① 入院給付額 (A-B-C)
日数			高額		(内、町単独分)
			付加		
通院 件数	通院費用額	通院一部負担額 X	通院付加給付の額 Y	通院受給者負担額 Z	② 通院給付額 (X-Y-Z)
			高額		(内、町単独分)
			付加		
件数 計	費用額計	一部負担額計 (A+X)	付加給付の額計 (B+Y)	受給者負担額計 (C+Z)	③ 食事療養 標準負担額 給付決定額 (①+②+③)
			高額		(内、町単独分)
			付加		

※ 太枠内は申請者が記入してください。