

十和田市子ども医療費給付申請書

令和 年 月 日

十和田市長様

(保護者) 住所 十和田市

電話

氏名 ㊟

十和田市子ども医療費給付条例第7条の規定による令和 年 月診療分の医療費の給付を下記のとおり申請します。

対象子ども氏名		生年月日		受給資格証番号	
男女		平成・令和 年 月 日		十和田市第 号	
保険証	記号	加入保険	1十和田市国保 2協会けんぽ(政管)		保険者名
記号番号	番号	の種類	3健保組合 4共済組合 5国保組合		
振込口座	金融機関名	支店名		種目	
	口座番号	名義人カナ			

※振込口座は上記保護者名義の口座であること。

医療機関証明欄	受診期間	平成 年 月 日から 日 令和 年 月 日までの医療費領収書		入院 日	日
				外来 日	日
	保険診療	入院	点	他法負担	一部負担受領額
	総点数	外来	点		点
	(入院時食事療養費を除く)		点(円)	点	円
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 <span style="float: right;">㊟</span>					

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)
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)
通院一部負担額計(A+X)	通院付加給付の額計(B+Y)	通院受給者負担額計(C+Z)	給付決定額(①+②)

入力	再点検	点検	計算