※ 太枠内を記入してください。

乳幼児等医療費支給申請書

（償還払分）

注２１この申請書は、医療機関等で現金を支払った場合に使用するものです。上段申請書欄は、申請者が記入してください。

受給者	フリガナ 氏名 生年月日 平成・令和　年　月　日	公費負担者番号	9 0 3 4 0 1 6 7
		受給者番号	

加入保険	記号	番号	被保険者氏名

発行機関名

□ 全国健康保健協会　□ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 健康保険組合

□ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 共済組合　□ 海田町国民健康保険

振込先	金融機関名 銀行 信用組合 農協 信用金庫		本店 支店 出張所	
	フリガナ		預金種別 1 普通 2 当座	口座番号
	名義人（申請者）			

上記のとおり申請します。

高額療養費・療養費及び付加給付金支給額調査に同意します。

令和　年　月　日

海田町長　様

申請者

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

フリガナ

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ここから下は記入しないでください。

区分	件数	日数	県日数	総医療費A	保険給付額B	他公費負担額C	一部負担金額D	支給決定額E E=A－(B+C+D)
				円	円	円	円	円
				円	円	円	円	円
				円	円	円	円	円
				円	円	円	円	円
				円	円	円	円	円
				円	円	円	円	円
				円	円	円	円	円