

区分	1 入	2 外
----	-----	-----



医療費助成給付申請書

令和 年 月 日

岩泉町長 殿

申請者 住所 岩泉町 字
(受給者等) 氏名

令和 年 月分の医療費一部負担金の給付を申請します。

事業名	父 母 (4 1)													
受 給 者 名					受 給 者 証 番 号									
男・女 1・2 生年月日 年 月 日														
保険種別	1 協会けんぽ・2 日雇健保・3 組合健保・4 国保一般・5 国保退職 6 国保組合・7 共済組合・8 船員保険・9 後期高齢													
区 分	本人 0 ・ 家族 1				保険記号番号									
給付金の受領方法					登録した金融機関に振込みしてください。									
給 付 申 請 額					円									
一部負担額 (A)					附加給付金等 (B)					給付決定額 (A－B)				
										円				

(注)太枠内を記入し、月の初回の受診の際、医療機関等の窓口に提出してください。