

区分	1 入	2 外	3 長
----	-----	-----	-----



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	31 重度（一般） 32 重度（後期高齢）																				
受 給 者 名		受 給 者 証 番 号																			
男・女 1・2 生年月日 年 月 日		<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																			
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。