

医療費特別給付金支給申請書 【乳幼児】

平成 年 月 日

北相木村長 殿

申請世帯主 住 所 北相木村 番地

氏 名 印

下記により医療費特別給付金の給付を受けたいので申請します。

療養を受けた者の 氏 名		生年月日	明・大・昭 ・	性 別	男・女
保険種別記号番号	国・政・組・共・日		(記号-番号)	-	
保 險 者 名		付加給付	有	円	無
払込金融機関名	長野八ヶ岳農業協同組合 北相木支所				

医療機関証明欄	保険診療で受けた医療費の総点数				
	1. 診 療 年 月	平成	年	月	分
	2. 総 点 数	点			
	3. 窓口支払額	円			
	4. 診 療 日 数	外来・入院	日		
	5. 院外処方の有無	有 ・ 無			
	《薬局の場合は処方箋の発行先医療機関名 》				
	平成 年 月 日				
	医 療 機 関 名				印

給付決定額	円
-------	---

記入上の注意

1. 申請者は太枠内のみ記入して医療機関の証明を受けて下さい。
2. 申請は、1ヶ月に1医療機関1科につき1枚を使用して下さい。
3. 保険種別記号番号欄の「国」は国保、「政」は政管健保、「共」は共済組合、「日」は日雇健保の略である。それぞれ該当するものを○で囲むこと。