

区分	1入	2外
----	----	----

① 医療費助成給付申請書

年 月 日

矢巾町長 殿

申請者 住所 矢巾町

(受給者等)氏名

年 月分の医療費一部負担金の給付を申請します。

事業名	20 妊 産 婦	
受給者名		受給者証番号
女 2		
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	
区分	本人0・家族1	保険証記号番号
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		
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。

区分	1入	2外
----	----	----

① 医療費助成給付申請書

年 月 日

矢巾町長 殿

申請者 住所 矢巾町

(受給者等)氏名

年 月分の医療費一部負担金の給付を申請します。

事業名	20 妊 産 婦	
受給者名		受給者証番号
女 2		
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	
区分	本人0・家族1	保険証記号番号
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		
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。