

母子及び父子家庭等医療費助成金支給申請書

年 月 日

竹富町長 様

住 所

保護者氏名

受給者証

記号番号

電話番号

下記のとおり医療費を申請します。

加入医療保険	被保険者住所					
	被保険者氏名		記号番号			
	名 称	電話番号				
受給者氏名	診療年月日	入院・外来 ※どちらかに○	医療機関名	診療科目	支 払 額	
		入院・外来			円	
		入院・外来			円	
		入院・外来			円	
		入院・外来			円	
		入院・外来			円	
		入院・外来			円	

※ 処 理 欄	保 険 診 療 自己負担額A	条例7条等 一部負担金B	附 加 給 付 C	高額療養費 D	支 給 額 A- (B+C+D) =E
	円	円	円	円	円