様式第４号（第7条関係）

三沢市子ども医療費給付申請書

年　　月　　日

（あて先）三沢市長

太枠内をご記入ください。

保護者住所	
保護者氏名	
電話番号	
資格証番号	三沢市第　　号
有効期限	年　　月　　日

三沢市子ども医療費給付条例第7条の規定による　　年　　月分医療費の給付を申請します。

対象者氏名	生年月日
	年　　月　　日

加入保険						
	国保	協会	組合	共済	その他	
付加給付	有　　無					
口座登録	有　　無					

金融機関名	銀行・農協 信金・信組
支店名	支店(　　)
預金種目	1　普通　　2　当座
口座名義人(カタカナ)	
口座番号	

医療機関証明欄	保険診療総点数(入院食事療養費を除く)	入院　　点	他方負担	点	一部負担受領額
		外来　　点			点 円
		点(　　円)			
	上記の一部負担金を受領したことを証明する。 医療機関等の 所在地・名称 開設者氏名　　㊞				

一部負担額　A	高額療養費　B	付加給付金　C	給付決定額　D (A−B−C)
入　　件			
外　　件			
調　　件			
装　　件			
	計	計	給付対象外　E