

御坊市乳幼児医療費支給申請書				年 月 日
御 坊 市 長 様				
住 所				
氏 名				
電話番号 ( )				
公費負担番号	8 1 3 0 0 0 5 5			住所 御坊市
受給者番号				
乳 幼 児	氏 名			
	生 年 月 日			年 月 日
加 入 医 療 保 険	被保険者又は組合員氏名			
	保 険 者 名 称			
	種 類			協・組・日・船・共・国・国組・国退
	記 号 番 号			
支 給 内 訳	自 己 負 担 額		附加給付額	支 給 決 定 額
	円		円	円
医 療 等 の 状 況 書			年 月 分	
氏 名			男・女	年 月 日生
傷 病 名	(1)	(2)	(3)	
診 療 開 始 日	(1) 年 月 日		本 月 診 療 日 数	
	(2) 年 月 日		日	
保険診療総点数		公 費 負 担 点 数		保険診療総点数に含む入院点
点		社保・国保 他法		点
年 月 日				
医療機関所在地及び名称 開 設 者 氏 名				

振 込 指 定 金 融 機 関		種 別	口 座 番 号	口 座 名 義 人	
銀 行 信用金庫 農 協 そ の 他	本店	普 通 当 座		カナ	
	支店 支所 出張所			漢字	