

様式第6号（第6条関係）

むつ市乳幼児医療費給付申請書

平成 年 月 日

むつ市長様

〒 住 所

申請者氏名

電話番号

むつ市乳幼児医療費給付条例第6条第1項の規定により平成 年 月分の医療費の給付を下記のとおり申請します。

《 歳児 》

対象乳幼児氏名		生 年 月 日		受給資格証番号	
フリガナ	男 女	平成 年 月 日		むつ第 号	
氏名					
保 険 証	記 号			保 険 種 別	
記 号 ・ 番 号	番 号			保 険 者 名	
支払金融機関等	フリガナ 口座名義人	金 融 機 関 名	支 店 名	口 座 番 号	

入院一部負担額 A	入院附加給付の額 B	入院受給者負担額 C	①入院給付額(A-B-C)
通院一部負担額 X	通院附加給付の額 Y	通院受給者負担額 Z	②通院給付額(X-Y-Z)
一部負担額計(A+X)	附加給付の額計(B+Y)	受給者負担額計(C+Z)	給付申請額(①+②)

※ 給付決定額 円