

年 月 日

殿

ひとり親家庭医療費助成申請書

申請者氏名	(印)		対 象 者	
申請者住所			氏 名	
受給資格者証番号			続 柄	
加入保険	保険者名		生年月日	
	記号番号		高 額	
	被保険者氏名		療 養 費	
振込指定 金融機関	金融機関名		支店名	
	口座種別		フリガナ	
	口座番号		口座名義人	

医 療 機 関 記 載 欄	診 療 (調 剤) 報 酬 証 明				
	診療月	年 月分	患者氏名		
	区分	医療保険対象総点数	一 部 負 担 金 受 領 額		
	入院	点		円	
	外来	点		円	
			薬剤一部負担金(外来)	円	
	うち他法制度負担分		点	傷病発生原因	第三者・その他
	保険の種類	国保	政管	組合	共済
				船員	協会けんぽ
	上記のとおり一部負担金を受領しました。				年 月 日
医療機関等		所在地			
		名称			
		氏名		(印)	

※ 処 理 欄	区 分	一部負担金 A	高額療養費 B	附加給付 C	支給決定額 (A - B - C)	
	入 院	円	円	円	円	円
	外 来	円	円	円	円	円
	薬剤負担金(外来)	円	円	円	円	円
	計	円	円	円	円	円

注 記名押印に代えて署名することができます。