

肝付町長 殿

## ひとり親家庭医療費助成申請書

|              |        |    |       |  |
|--------------|--------|----|-------|--|
| 申請者氏名        | ⑩      |    | 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<br>金融機関 | 金融機関名  |    | 支店名   |  |
|              | 口座種類   | 普通 | フリガナ  |  |
|              | 口座番号   |    | 口座名義人 |  |

|         |                     |                |     |          |         |
|---------|---------------------|----------------|-----|----------|---------|
| 医療機関記載欄 | 診 察 （ 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        |         |
|         | 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 |     |          |         |
|         | 上記のとおり一部負担金を受領しました。 |                |     |          |         |
|         | 平成 年 月 日            |                |     |          |         |
|         | 医療機関等               |                | 所在地 |          |         |
|         |                     | 名称             |     |          |         |
|         |                     | 氏 名            |     |          |         |
| ⑩       |                     |                |     |          |         |

| ※<br>処<br>理<br>欄 | 区 分       | 一部負担金<br>A | 高額医療費<br>B | 附加給付<br>C |   | 支給決定額<br>(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 申請者は、記名押印に代えて署名することができます。