

# ひとり親家庭医療費助成申請書

年 月 日

小林市長 様

住所  
申請者 氏名  
電話 — —

年 月分医療費の助成を申請(請求)します。

受給資格者	受給資格者証番号								加入保険	被保険者氏名				
	受診者氏名							保険証記号・番号						
	個人番号	※個人番号は、医療機関等には提示しないよう注意してください。						保険種別		組・日・船・共・国・国組・協				
	生年月日	昭・平	年	月	日		勤務先名							
振込先	金融機関名							口座番号						
	支店名							口座名義(カタカナ)						

※上記の者にかかる診療等について、医療機関及び調剤薬局で記入してください。入院時食事療養費、差額ベッド、電気器具使用料等、保険診療対象外の経費は控除してください。

年 月分 診療報酬及び薬剤明細(1. 入院 2. 外来 3. 歯科)		
年 月分 診療報酬明細		
診療実日数	保険診療点数	診療報酬一部負担金受領額
日	点	円
上記の金額を受領いたしました。		
年 月 日		
所在地		
医療機関の 名称		
氏名		
㊟		
年 月分 調剤報酬明細		
調剤実日数	保険調剤点数	調剤報酬一部負担金受領額
日	点	円
上記の金額を受領いたしました。		
年 月 日		
所在地		
医療機関の 名称		
氏名		
㊟		

総点数( ) 住民税の課税区分(課税・非課税)

助成内訳	一部負担金の合計額	控除額内訳				交付決定額
		附加給付額	高額療養費	控除額	計	
	円	円	円	円	円	円

※交付決定額は、一部負担金の額から控除額を差し引いた額となります。  
※申請書の締切日は毎月10日です。10日までに申請されたものは同じ月の25日が振込日となります。  
※25日が土・日・祝日の場合は、その翌営業日が振込日となります。