

ひとり親家庭医療費助成申請書

申請者氏名				対 象 者		
申請者住所	阿久根市	番地	氏名			
受給資格者証番号				続柄		
加入保険	保険者名		生年月日	年	月 日	
	記号番号		高額療養費			
	被保険者氏名					
振込指定 金融機関	金融機関名		コード			
	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	
	うち他方制度負担分		点	傷病発生原因	第三者・その他	
	保険の種類	国保	協会	組合	共済	船員
	上記のとおり一部負担金を受領しました。					
	令和 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	付加給付 C	支給決定額 (A-B-C)	
	入院	円	円	円	円	
	外来	円	円	円	円	
	計	円	円	円	円	

注 申告者、記名押印に代えて署名することができる。

月	点	円	月	点	円
月	点	円	月	点	円
月	点	円	月	点	円