

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	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