

ひとり親家庭等医療費助成金申請書

年 月 日

宇城市長 様

申請者 住所
氏名
電話番号

年 月分ひとり親医療費助成金を下記のとおり申請します。

申請者記入欄	受給者証番号			被保険者の 記号・番号	記号	
				番号		
	受診者氏名		こども医療該当 該当・非該当	保険者名 (該当する保険の 名称を記入して ください。)	全国健康保険協会()支部	
					()国民健康保険	
	生年月日	年 月 日			()健康保険組合	
			保険者番号	()共済組合		
	同じ世帯で医療費の一部負担金を21,000円以上支払われた家族の有無				有 ・ 無	確認
	学校の管理下で生じた負傷・疾病(総点数500点以上)				有 ・ 無	確認

医療機関・保険薬局の記入欄	診療(調剤)報酬証明			患者氏名		
	診療年月	入院	日数	保険総点数	一部負担金	
			日	点	円	
	年 月	外来	日数	保険総点数	一部負担金	
			日	点	円	
	上記のとおり一部負担金を領収したことを証明します。 年 月 日 医療機関コード [] 電話番号(— —) 医療機関 所在地 名 称 氏 名 (印)					
	調剤年月	調剤	日数	保険総点数	一部負担金	
	年 月		日	点	円	
	上記のとおり一部負担金を領収したことを証明します。 年 月 日 医療機関コード [] 電話番号(— —) 調剤薬局 所在地 名 称 氏 名 (印)					

市記入欄	給 付 決 定 欄					
		一部負担額	高額療養費	附加給付額	補助率	給付額
	入院	円	円	円	2/3	円
	外来	円	円	円		円
	調剤	円	円	円		円

(注) 診察を受けた月から一年を超えると支払ができませんのでご注意ください。