

ひとり親家庭等医療費助成金支給申請書

年 月 日

日出町長

様

申請者 住所
氏名
電話

印

下記のとおり、ひとり親家庭等医療費助成金を申請（請求）します。

記

申請者記載欄	受給資格者番号		加入医療保険			
			保険種別			
	受診者	氏名		記号番号		
		生年月日		被保険者等氏名		
	振込先					
	金融機関		支店	種別	普通・当座	
口座番号		名義人（カナ）				

医療機関等記載欄	診療（調剤）報酬証明				
	診療月	年 月分	患者氏名		
	区分	診療（調剤）報酬総額		一部負担金受領額	
	外来	点又は円		円	
	歯科	点又は円		円	
	調剤	点又は円		円	
	入院	点又は円		円	
	上記のとおり一部負担金を受領しました。				
医療機関等所在地 名称 氏名 電話番号					印

備考 診療（調剤）報酬証明欄は、保険医療機関等が発行する領収書の添付に代えることができます。

一部負担金	自己負担額	交付決定額