

様式第6号(第5条関係)

ひとり親家庭等医療費助成金申請書(請求書)

年 月 日

吉野ヶ里町長 様

申請者 住所
(受給者) 氏名
電話

次のとおり医療費の給付を受けたく申請します。

[申請者記入欄]

受給資格証 記号番号		加入 保険	被保険者氏名	
患者との続柄			保険証記号番号	
患者の生年月日			保 険 名	

[医療機関等記入欄]

保 険 診 療 額(領 収)証 明				
患 者 氏 名				
診 療 月	年 月 分 (入院がある場合は、入院日数 日)			
	入 院	入 院 外	歯 科	調 剤
保険診療総点数	点	点	点	点
公費負担点数	点	点	点	点
保 険 診 療 一 部 負 担 額	円	円	円	円
訪 問 看 護 利 用 料		円		
上記の金額を領収しました。 年 月 日				
医療機関等所在地 名称 氏名				

[市町村記入欄]

給 付 決 定 額					
	一部負担金額	高額療養費	付加給付額	自己負担額	給 付 額
保 険 診 療	円	円	円		
訪 問 看 護 利 用 料	円	円	円	円	円